UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938 — N° 26

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES Péritonites Généralisées à Gonocoques CHEZ LA FEMME ADULTE en dehors des ruptures de pyosalpinx

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 17 Décembre 1937

PAR

Robert-Maurice BOUSSEREAU

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Marans (Charente-Inférieure), **le 7 Mars 1912**

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

JEANNENEY, professeur... } *Juges.*

LOUBAT, agrégé ..... } *Juges.*

MASSÉ, agrégé..... } *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

143, Rue d Arès

1937

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938 — N° 26

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES Péritonites Généralisées à Gonocoques CHEZ LA FEMME ADULTE en dehors des ruptures de pyosalpinx

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 17 Décembre 1937

PAR

Robert-Maurice BOUSSEREAU

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Marans (Charente-Inférieure), **le 7 Mars 1912**

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

JEANNENEY, professeur... } *Juges.*

LOUBAT, agrégé ..... } *Juges.*

MASSÉ, agrégé..... ..... } *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

143, Rue d'Arès

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	PAPIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEUBET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	LOUBAT.
id.	DUFOUR.	id.	MASSÉ.
Physiologie	N.	id.	DARGET.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	N.
id.	DELMAS-MARSALET.	Obstétrique	RIVIÈRE.
id.	DE GRAILLY.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DERVILLÉE.	Physique médicale	N.
id.	N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	N.
Chirurgie générale	CHARRIER.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Anatomie	J. BEAUVIEUX.	Physique médicale et pharmaceutique	AURIAC.
Physiologie	PETITEAU.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Urologie	DARGET.
Accouchements	RIVIÈRE.	Botanique	GIRARD.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Bactériologie	MOUREAU.
Puériculture	FAUGÈRE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Pharmacie galénique	MESNARD.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé)

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui so présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE ET PARRAIN

tué à l'ennemi le 14 décembre 1914.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON GRAND-PERE

A MON PERE - A MA MERE

Qui se sont imposé pour moi de lourds sacrifices. En témoignage de me reconnaissance émue et de la profonde affection que je leur porte.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

R.UMV.
CERCLE MILITAIRE
STRASBOURG

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT DARMAILLACQ

Ancien Interne (Médaille d'Or) des Hôpitaux,
Chef de Clinique à la Faculté

En témoignage de notre reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il n'a cessé de nous prodiguer ses précieux conseils et pour l'aide qu'il nous a apportée dans la réalisation de cette thèse.

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine des Troupes Coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite Maritime
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Médecin en chef FERRET

Sous-Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes Coloniales,
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'Instruction publique.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

Professeur de Clinique Chirurgicale et Gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Vice-Président de la Société Française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter de présider cette thèse. Hommage respectueux de notre profonde reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Péritonites Généralisées à Gonocoques
CHEZ LA FEMME ADULTE
en dehors des ruptures du pyosalpinx

INTRODUCTION

L'infection gonococcique provoque chez la femme des manifestations pathologiques nombreuse et variées, pour la plupart bien connues et bien étudiées.

La situation antomique des organes génitaux explique la fréquence de l'atteinte du péritoine par cette infection : toutes les fois que le gonocoque envahit les annexes on observe presque toujours une réaction péritonéale; en général, le péritoine pelvien est seul intéressé.

Mais si les phénomènes de pelvi-péritonite sont d'observation courante, par contre il est une forme clinique de cette atteinte du péritoine par le gonocoque qui semble rare, si l'on en juge par les travaux qui ont été faits à ce sujet et les observations cliniques qui en ont été rap-

portées : il s'agit des *péritonites primitives généralisées à gonocoques.*

C'est à propos d'un cas survenu dans son service que M. le Professeur Guyot nous inspira ce sujet de thèse.

Nous n'envisagerons pas dans le cadre de cette étude la question des péritonites survenant chez les petites filles atteintes de vulgo-vaginite gonococcique, bien étudiées par de nombreux auteurs, et notamment en France par Broca, Comby, etc... Nous laisserons aussi de côté les cas assez rares signalés chez l'homme. Nous nous bornerons à étudier cette affection uniquement chez la femme adulte, et ceci en dehors de toute perforation ou rupture de pyosalpinx, sans tenir compte des cas dans lesquels il n'a pas été fait d'examen bactériologique.

HISTORIQUE

Nombreux sont les auteurs qui se sont attachés à l'étude des rapports entre l'infection gonocccique et le péritoine et il nous semble que l'on peut distinguer deux périodes dans l'histoire des péritonites gonococciques.

1° Dans une première période qui va jusqu'en 1910 les théories se sont succédé, basées sur des faits expérimentaux et anatomo-cliniques, sans arriver à mettre au point d'une façon précise la question.

Parmi ceux qui les premiers s'intéressèrent à la pathologie du péritoine, il faut citer le nom de Wegner qui, en 1877, étudiant les péritonites infectieuses chez la femme, concluait qu'il en existait deux sortes : celles dues à une perforation intestinale et celles dues à la diffusion rapide de micro-organismes pyogènes.

Deux ans plus tard, en 1879, Neisser découvrait la gonocoque.

Palowski, en 1887, reprend les travaux de ses prédécesseurs, notamment de Steinhaus, Concilmann, Krauzfeld et de Grawitz, lesquels avaient étudié cette question, mais l'avaient laissée dans un état d'assez grande confusion. Palowski, inaugure une ère expérimentale qui devait être féconde dans la suite en cherchant à démontrer le pouvoir pyogène du gonocoque par des inoculations aux animaux.

C'est Gordon qui, le premier en 1890, parla de « péritonite vénérienne », forme qu'il distingue de la péritonite du post-partum et post-abortum.

En 1890 apparaît alors une théorie qui devait faire date dans l'histoire de la péritonite gonococcique, celle de Bumm, privat-docent de l'Université de Würtsbourg. Cet auteur émet l'opinion que le gonocoque n'intervient pas dans les processus septiques péritonéaux. Il dit que le germe de la blennorragie s'il atteint les membranes muqueuses, est par contre sans action sur les séreuses et le tissu cellulaire. Bumm admet que le gonocoque crée des lésions suppuratives au niveau des muqueuses, mais qu'il ne peut se développer sur le tissu endothélial du péritoine. Lorsque les germes viennent à tomber dans la cavité péritonéale, il se produit un processus d'enkystement mais sans phénomènes inflammatoires. S'il en était autrement, il faudrait l'attribuer à l'association au gonocoque d'autres germes seuls responsables.

Zwiefel, Kaltembach, Martin et Krœner estiment à peu près nul le pouvoir pathogène du gonocque. S'ils remarquent la gravité de la blennorragie chez les femmes enceintes, ils croient que le gonocoque n'agit qu'indirectement en créant un terrain favorable au développement et à l'éclosion d'autres germes pyogènes.

Wertheim s'efforce de réaliser des péritonites en injectant à des animaux par voie intra-péritonéale, des cultures de gonocoques fraîches et virulentes. Il arrive à provoquer des péritonites aiguës avec un exsudat fibrino-purulent. Mais ce processus ne montre aucune tendance à l'expansion : ces péritonites restent plutôt circonscrites et les symptômes ne sont que peu accusés.

Ceppi, en 1887, et ensuite Cushing, Morax, Pieri rapportent qu'ils ont constaté la présence de gonocoques dans le pus recueilli chez des malades opérées pour péritonite.

Malowski arrive à déterminer chez la lapine par injec-

tion de gonocoques dans la cavité utérine une salpingite mortelle avec péritonite.

La théorie de Bumm — à savoir que le gonocoque demeurait sans grande action sur la séreuse péritonéale — déjà infirmée par le résultat des expériences de Wertheim, perdait encore de sa valeur du fait de ces observations bactériologiques.

En 1891, Menge émet l'avis qu'il peut exister une infection blennorragique pure du péritoine et des annexes. Il rapporte et étudie des observations détaillées avec examen anatomo-pathologique et bactériologique. Il envisage le diagnostic différentiel avec l'hydro et l'hémato-salpinx et pense que l'ablation des trompes est le traitement de choix.

La thèse de Charrier (Paris 1892) inspirée par Pozzi, vient apporter de nouvelles données sur la question, surtout d'ordre expérimental. Il recherche dans quelles conditions le gonocoque peut provoquer une péritonite. Il constate que la suceptibilité à l'infection gonococcique des différents animaux qu'il utilise est très variable : la souris blanche convient plus spécialement, ensuite le cobaye, le le lapin, le rat sont de moins en moins réceptifs. En introduisant dans le péritoine d'une souris un petit fragment de culture, il existe au bout de 24 heures un foyer de péritonite séro-purulente tout autour du point où a été déposé le fragment de culture. L'examen histologique montre de nombreux gonocoques infiltrant la péritoine : cependant ceux-ci deviennent difficiles à colorer, mais repoussent bien si on pratique de nouveau un ensemencement. Même avec des cultures vieilles de dix jours on peut encore infecter le péritoine. Charrier démontre donc que l'on peut créer chez certains animaux des péritonites séro-purulentes avec des gonocoques et il en déduit que cette péritonite doit pourvoir exister chez l'homme, ce dernier paraissant plus sensible au gonocque que n'importe quel

animal, si tout au moins on s'en rapporte à la sensibilité des muqueuses.

Marcel Sée (thèse de Paris 1896) envisage la question du mécanisme pathogénique par lequel le gonocoque peut arriver au péritoine. Il pense que deux cas sont possibles: ou bien les germes traversent les parois tubaires, ou bien ils ont déversés directement dans le péritoine par le pavillon de la trompe.

Reymond, Doleris et Marcel Sée font la critique de certaines observations de péritonites gonococciques diffuses et concluent que si le rôle du gonocoque dans la péritonite gonocccique circonscrite est indéniable, par contre il est beaucoup plus discutable dans les cas de péritonite diffuse.

Pallin rapporte des cas de péritonite aiguë qui paraissaient avoir pris leur point de départ dans les organes génitaux, alors que les annexes et les ovaires semblaient indemnes de toute lésion. Pallin émet l'opinion que l'appareil génital n'a été qu'une voie de passage pour une infection probablement gonococcique.

2° A partir de 1910, on reconnaît que le gonocoque est certainement un germe pathogène qui peut provoquer des péritonites aiguës généralisées, et cette forme de l'infection gonococcique est nettement individualisée au point de vue anatomique, pathogénique et clinique.

En effet en 1910, Grappin dans sa thèse inspirée par Lucien Picqué, réunit plusieurs observations étudiées très en détail. Il conclut que chez des femmes jeunes, sans passé génital existent des formes de péritonites généralisées, qui sont dues au passage du gonocoque dans la cavité abdominale par l'intermédiaires des trompes. Il émet l'opinion que ces péritonites, quoique d'un diagnostic délicat, peuvent s'individualiser cliniquement et que le seul traitement à opposer à ces cas, particulièrement graves, est chirurgical.

En 1912, Veit estime que les gonocoques trouvent dans la cavité péritonéale un mauvais milieu de culture et que par suite, ces péritonites gonococciques, lorsqu'elles ne s'accompagnent pas de rupture du pyosalpinx, guérissent spontanément. Döderlein partage le même avis quant au pronostic.

La même année, Albrecht publie quatre cas et estime « que le gonocoque peut cultiver à l'état de pureté sur la séreuse péritonéale comme sur l'endocarde, le péricarde ou les synoviales ». Il fait également des recherches sur les modifications du sang au cours des péritonites généralisées à gonocoques.

Bloch et Soupault, en 1923, rapportent trois cas nouveaux.

La question du traitement fut très discutée à la Société de Chirurgie de Lyon (séance du 24 juin 1926), qui se termina sans que l'accord se soit fait sur la conduite a tenir dans ces cas de péritonite généralisées d'origine gonococcique.

En 1929, Bertrand et Carcassonne, dans un article publié dans la revue *Gynécologie et Obstétrique*, font une mise au point claire et précise de la question, où tous les points pathogéniques, cliniques et thérapeutiques sont envisagés. Ils se montrent partisans d'un traitement le plus possible conservateur.

En 1930, Escobar Pires, et peu après, Mereno Filho, rapportent trois cas de péritonites généralisées à gonocoques, et le premier auteur consacre un article à la question.

En 1932, Hamant et Chalnot rapportent à la réunion obstétricale et gynécologique de Nancy (séance du 20 avril 1932), deux cas nouveaux et mettent en valeur quelques constatations particulières qu'ils ont faites.

En 1934, Fitz Hugh étudie une forme curieuse de péritonite gonococcique aiguë localisée à l'hypochondre droit.

Enfin, on trouve dans l'*Echo médical du Nord* du 27 janvier 1936, un article de Bizard et Malatray sur la question, sujet qui fut également repris la même année par Spinelli dans la Revue de Chirurgie de Naples, et par Leclère, dans sa thèse inspirée par Carcassonne.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Lorsque l'on parcourt les différentes observations publiées de ces formes de péritonites généralisées à gonocoques, on est frappé par le fait que les lésions siègent avant tout sur la séreuse péritonéale avec une relative intégrité des organes génitaux internes, alors que ces derniers sont cependant le point de départ de l'infection. Comme nous le verrons, ceci est en grande partie expliqué par la pathogénie reconnue à de tels accidents.

Nous allons étudier les différentes lésions observées sur le péritoine, puis sur les trompes et nous considérerons ensuite quelques données apportées par l'examen histologique.

1° Le Péritoine.

Dans la plupart des cas, lorsque des germes pathogènes sont apportés dans la cavité péritonéale, il se produit un processus d'exsudation avec formation de placards fibrineux. Ceux-ci s'organisent, constituent de fausses membranes et des adhérences se forment. Il se produit des cloisonnements intestinaux qui séparent la cavité péritonéale en plusieurs loges. Parfois, les anses intestinales sont agglutinées entre elles et il se constitue comme un diaphragme isolant la cavité pelvienne de l'étage supérieur

de l'abdomen, notamment dans la plupart des cas d'atteinte gonococcique de l'appareil utéro-annexiel. Tous ces phénomènes représentent le processus de défense du péritoine.

Dans les péritonites généralisées à gonocoques, les lésions présentent un aspect bien différent : ce sont surtout des phénomènes d'ordre digestif qui prédominent.

Tout le péritoine est rouge, congestionné, avec par endroits des plaques plus foncées et ceci est encore plus marqué dans le petit bassin où l'on peut observer une teinte rouge vineuse avec quelquefois un piqueté hémorragique.

Les anses intestinales sont aussi de couleur rouge vif et l'on voit se dessiner sur elle des arborisations vasculaires très nettes. Ces anses intestinales sont distendues et paralysées. De plus, elles sont en général absolument libres dans la cavité abdominale. S'il existe quelquefois des fausses membranes elles sont toujours discrètes : elles n'arrivent pas à former de cloisonnement et on ne trouve pas de ces dépôts fibrineux organisés qui agglutinent les anses entre elles. Les processus d'exsudation et d'adhérence sont donc à peu près nuls : le péritoine semble ne pas avoir usé de ses habituels moyens de défense.

Ceci s'explique par le fait que le pus est arrivé dans la cavité abdominale d'une façon brutale : il a été déversé directement par les trompes dans le péritoine qui, surpris, n'a pas eu le temps d'assurer sa protection.

La quantité de liquide épanchée dans le ventre est minime lorsque l'on est intervenu suffisamment tôt. Ce n'est que dans le fond de Douglas que l'on peut voir un peu de pus, lequel est verdâtre, bien lié, sans odeur. Mais si l'intervention est pratiquée un peu tardivement, on peut retrouver ce pus, avec ses mêmes caractères en très grande abondance et le voir faire irruption à l'extérieur dès l'ouverture de la paroi abdominale : et, dans ces cas

d'opération tardive, on retrouve le processus exsudatif et fibro-adhésif, commun aux péritonites par perforation, avec un liquide séro-purulent. Ce pus bien spécial, sans odeur, fait presque toujours penser à une origine génitale et évoque l'éventualité d'une rupture de pyosalpinx. Il tend à s'accumuler dans les parties déclives, et parfois se déposant sur les anses intestinales produit des taches verdâtres qui s'opposent à la couleur violacée de l'intestin.

2° Les Trompes.

Les lésions présentées par les trompes sont beaucoup moins importantes que celles observées au cours des salpingites habituelles. « La trompe ne fait que servir de passage aux agents infectieux, dit J.-L. Faure, et les lésions qu'elles présentent sont souvent presque nulles. »

Lorsque l'on recherche dans le pelvis l'origine de l'infection, on aperçoit les trompes qui sont congestionnées, très rouges, même violacées. Elles sont presque toujours augmentées de volume, mais ne sont pas très grosses; elles paraissent parfois œdémateuses, turgescentes. Les trompes gardent un aspect régulier : elles sont congestionnées, plus ou moins gonflées par le pus qu'elles contiennent, mais elles ne sont en général pas déformées : on n'observe pas ces aspects contournés, bosselés, très fréquents dans les salpingites habituelles.

On n'observe que très rarement des adhérences; les trompes sont libres, déplissées, comme en érection à l'intérieur du ventre : dans une observation de Picqué, une expression très imagée les compare à « deux fleurs de marguerite piquées sur l'utérus ».

La consistance des trompes est partout égale et souple, et on ne perçoit pas en les palpant de noyaux plus ou moins indurés.

On voit parfois une goutte de pus apparaître spontanément au niveau de l'orifice péritonéal de la trompe, lequel est largement ouvert. C'est le même pus épais, bien lié, jaune verdâtre et sans odeur que nous avons trouvé dans l'abdomen.

Les trompes, dit Mondor, « sont suintantes et purulentes comme un gland de blennorragique ».

La trompe déverse son contenu dans la cavité péritonéale par un mécanisme de regorgement.

Par une légère pression sur la trompe, on arrive très facilement à faire sortir un jet de pus par l'ostium abdominale. Ce jet purulent peut se produire également par le seul fait de soulever l'utérus, et même existerait spontanément par intermittences lorsque la tension du pus aurait distendu au maximum les parois tubaires.

Si l'on enlève les annexes, on peut se rendre compte que la perméabilité tubaire est restée intacte, aucun obstacle ne venant obturer leur lumière. Les plis muqueux sont parfaitement conservés. Nous avons vu que l'orifice abdominal de la trompe était largement ouvert : de même, on peut se rendre compte que l'ostium uterinum est parfaitement libre. La perméabilité totale de la lumière du conduit tubaire est un fait très important.

Dans les parois des trompes on ne retrouve ni abcès ni infiltration purulente, mais la muqueuse paraît être le siège d'une inflammation assez intense, sans toutefois qu'en aucun endroit on puisse déceler d'ulcération ou de plaque de sphacèle.

De même, le pavillon tubaire s'étale tout à fait intact, mais on peut noter qu'il présente aussi un aspect congestif rouge foncé, et que les franges du pavillon sont recouvertes d'un enduit les rendant très distinctes.

Nous retrouvons dans notre Observation I les principaux caractères classiques : annexes très rouges du volu-

me d'une grosse noix, intestin grêle rouge et dilaté, pus jaunâtre et sans odeur.

Examen histologique.

Du côté du péritoine, l'inflammation se traduit au début par des phénomènes portant sur la circulation. Les vaisseaux sont dilatés, et les leucocytes se sont répandus dans les espaces périvasculaires. On constate sur toute la séreuse une hyperémie plus ou moins intense suivant les points examinés. Puis dans un second stade, apparaît une exsudation fibrineuse.

L'examen histologique montre que les parois de la trompe sont le siège de phénomènes inflammatoires, très nets dans la sous-muqueuse, et dans les couches profondes on décèle de nombreux amas microbiens.

Que donne l'examen microscopique du pus ? Si l'on prélève avec une pipette stérilisée une goutte de pus, et qu'on l'examine au microscope après simple coloration au bleu de méthylène, on voit des nombreuses cellules qui sont constituées par des polynucléaires et des grosses cellules endothéliales. Quelques-unes sont littéralement bourrées de gonocoques si bien qu'elles finissent par éclater. On a remarqué que le pus recueilli dès le début de la maladie était beaucoup plus riche en germes que celui qui était recueilli au cours d'une intervention tardive.

Ce qui ressort avant tout de cette étude de l'anatomie pathologique c'est l'opposition qui existent entre l'intensité de l'atteinte péritonéale et le peu d'importance des lésions qui l'ont provoquée. Comme l'ont dit Bloch et Soupault, dans ces formes de péritonite « les lésions tubaires sont minimes et semblent en apparence insuffisantes à provoquer une infection péritonéale aussi avancée. »

PATHOGENIE - ETHIOLOGIE

I. — L'agent pathogène, le gonocoque.

Le gonocoque est un germe qui se représente sous l'aspect de petits grains sphériques dont la dimension varie de 2 à 6 μ. Chacun de ces grains représente en réalité un microbe double, car en les examinant de près on remarque qu'ils sont séparés par une ligne claire, et l'on peut comparer chaque élément à un haricot ou un grain de café. Nous avons déjà vu à propos de l'anatomie pathologique comment ils se présentent lorsque l'on examine une goutte de pus, leur situation intracellulaire étant très caractéristique. Il semble que les germes intracellulaires soient les plus gros.

La coloration du gonocoque est très facile par toutes les couleurs basiques d'aniline, qui le colorent très vite et à froid. La fuchsine de Ziehl, le violet de gentiane, la thionine lui conviennent également bien. Mais le bleu de méthylène est le colorant de choix: il colore très facilement et intensément le gonocoque, qui apparaît non déformé avec des contours nets, alors que les autres éléments prennent la coloration d'une façon beaucoup moins intense. C'est un germe qui est décoloré par l'action des alcools et des acides. Il est gram négatif, moyen de diagnostic rapide et précieux.

Le gonocoque est un germe anaerobie, difficile à cultiver dans les milieux usuels employés dans les laboratoires. Le milieu qui lui convient le mieux est la gelose au sang. On peut aussi employer mais avec moins de succès la gélose ascite simple ou glycérinée; le bouillon ascite, l'urine albumineuse peptonée donnent des résultats inconstants. Par culture sur gelose au sang on obtient 24 heures après l'ensemencement des colonies plates, rondes, humides, un peu plus élvées en leur centre. Elles sont translucides, de couleur blanchâtre ou bleutée et tranchent nettement sur le fond brunâtre du milieu.

La vitalité du gonocoque dans le milieu extérieur est très faible : les cultures meurent au bout de 5 à 6 jours.

Le gonocoque possède une toxine suffisant à créer à elle seule des manifestations pathogènes.

La question qui nous intéresse est de savoir comment on va identifier d'une façon simple le gonocoque : il suffit d'ensemencer sur un milieu gélose-sang. Au bout de 24 heures, on prélève sur une colonie et on fait un Gram. S'il subsistait des doutes on pourrait avoir recours à l'identification par les phénomènes d'agglutination ou de fermentation des sucres : le gonocoque fait fermenter seul le glucose.

Récemment, Siekarowski a proposé une micro-méthode: ensemencement sur lame, ce qui permet d'examiner directement sous le microscope la culture colorée dans son entier.

Peut-on trouver des germes associés au gonocoque ? Dans la plus grande majorité des cas, l'examen microscopique ne révèle que du gonocoque et l'ensemencement, s'il est pratiqué, montre que le gonocoque pousse en culture pure.

Cependant, dans de rares cas, il peut ne pas en être ainsi. Ainsi, dans l'Observation III, l'examen microscopique pratiqué a révélé qu'en dehors du gonocoque il y avait

d'autres germes associés : des colibacilles, des diplocoques et des bacilles gardant le gram.

Dans l'Observation XVI, on trouve dans le pus prélevé des gonocoques en grande abondance et quelques rares streptocoques.

Par conséquent, si d'une façon générale, le gonocoque existe seul, dans certains cas, beaucoup plus rares, on peut le trouver associé àd'autres germes.

II. — Envisageons maintenant très rapidement comment réagissent d'une façon générale les organes génitaux de la femme lorsqu'ils sont contaminés par le gonocoque.

On peut bien dire que l'affection est avant tout remarquable par sa chronicité qui, dans certains cas, semble s'établir d'emblée, sans grand fracas. Nombreux sont les cas où les femmes ignorent même complètement leur affection. A une phase initiale de début caractérisée par des pertes jaunes verdâtres empesant le linge, auxquelles peuvent venir s'ajouter des signes urinaires, succède une période où l'affection ne se traduit le plus souvent que par un écoulement leucorrhéique plus ou moins abondant. Le gonocoque ayant déterminé une métrite cervicale semble perdre de son activité pour rester à l'état de vie latente. L'infection peut cependant remonter plus haut dans les voies énitales, atteindre la muqueuse du corps utérin, puis des annexes, mais ceci d'une façon plus ou moins tardive. Les phénomènes annexiels s'ils peuvent prendre une allure aiguë au début, évoluent aussi dans la suite avec une remarquable chronicité. Le péritoine réagit en se cloisonnant, il se produit des adhérences, le pavillon tubaire se ferme et le pelvis s'isole de la cavité péritonéale. Les poussées inflammatoires dans l'immense majorité des cas seront limitées au petit bassin, donc très localisées. Les lésions tendent à se refroidir ou à s'enkyster. Il semble que le péritoine après une première atteinte,

soit désormais « vacciné » contre les attaques ultérieures du gonocoque.

Par conséquent, la blennorragie chez la femme est avant tout caractérisée par son évolution qui tend à rester chronique et locale : si dans certains cas, l'affection peut suivre une marche ascendante, c'est par une série d'étapes que l'on arrive facilement à suivre.

III. — Tout ceci est en opposition très nette avec ce qui se produit dans les cas de péritonite gonococcique généralisée. Ici les choses se passent d'une façon toute différente: il semble que ces accidents péritonéaux soient les premiers en date dans l'épisode blennorragique, et qu'ils soient l'explosion même de la maladie. Souvent ils apparaissent avant que l'écoulement ait eu le temps de se manifester. Les signes de l'atteinte péritonéale éclatent brusquement chez des jeunes femmes en pleine santé : il s'agit la plupart du temps, dit Mondor « de jeunes femmes, de jeunes mariées ou de courtisanes apprenties ». On a l'impression que l'infection brûle les étapes et que la vulve au péritoine, elle a progressé sans que rien ne vienne tenter de l'arrêter.

IV. — Comment peut-on expliquer qu'un même germe produise des accidents aussi dissemblables.

Ici intervient une notion admise par beaucoup d'auteurs : c'est celle de l'abondance et de la virulence des germes. Seuls les microbes à virulence exacerbée peuvent provoquer des manifestations péritonéales aussi graves qui ne se limitent pas au péritoine pelvien mais le dépassent pour envahir toute la grande cavité péritonéale. Il faut aussi que les germes soient en très grande abondance. De la cavité du col, ils pénètrent dans le corps de l'utérus et peuvent y déterminer une métrite aiguë. Sans y séjourner ils vont passer directement par l'ostium uterinum

dans les trompes. Puis ces germes très nombreux vont aller à l'autre extrémité de la trompe se déverser par l'ostium abdominale dans le péritoine qui, surpris par une invasion aussi brusque, ne s'est pas préparé à le recevoir. Il y a apport direct de pus dans le ventre. Le simple fait de voir après laparatomie l'aspect des trompes laissant sourdre par leur orifice abdominal du pus qui tombe directement dans le péritoine, implique tout de suite l'idée que c'est là seulement qu'il faut rechercher le point de départ de l'infection. On comprend facilement que le péritoine surpris aussi brusquement par des germes aussi nombreux et virulents ne leur oppose pas ses habituels moyens de défense. « Il ne s'agit pas de péritonite diffuse au contact d'un foyer de salpingite, dit Cotte, mais de péritonite consécutive à l'inoculation du péritoine par des germes apportés du dehors et qui ont franchi le pavillon tubaire.»

C'est donc cette voie canaliculaire ascendante que semble avoir emprunté dans la plus grande majorité des cas le gonocoque pour envahir la séreuse péritonéale. Delbet et Reclus ont montré l'importance de cette voie de pénétration. Mais pour que ce mécanisme soit possible, il faut que les germes depuis le vagin où ils ont été apportés jusqu'au pavillon de la trompe où ils vont se déverser dans l'abdomen, n'aient trouvé sur leur chemin aucun barrage, aucun obstacle susceptible de les arrêter. Ce fait se trouve confirmé par ce que nous avons vu lorsque nous avons étudié l'anatomie pathologique de la trompe. Il semble donc nécessaire qu'aucune infection grave ne soit venue altérer les parois tubaires en modifiant la perméabilité de leur conduit.

Cette condition est tout à fait en corrélation avec les circonstances étiologiques d'ordre clinique. En effet, il paraît s'agir très souvent d'une première infection chez de jeunes femmes pour lesquelles l'examen gynécologique et

l'interrogatoire n'évoque pas l'idée d'une atteinte déjà ancienne des annexes.

En résumé, il semble que la voie canaliculaire ascendante soit de beaucoup le mode le plus fréquent de cette contamination massive du péritoine par le gonocoque et ceci à la faveur de deux faits : intégrité de la trompe due à l'absence d'infection antérieure, le deuxième, facteur se rapportant au germe qui doit être à la fois très virulent et très abondant. Et c'est ce qu'avait dit Albrecht dès 1912:

« La péritonite gonococcique diffuse ne serait si rarement observée malgré la fréquence du gonocoque dans l'appareil génital que parce que seuls des germes d'une virulence formidable pourraient franchir le pavillon de la trompe assez rapidement pour qu'aucune barrière d'adhérences péritonéales n'ait eu le temps de s'établir. »

V. — Mais dans certains cas, le péritoine ne pourrait-il pas être contaminé par un autre mécanisme et notamment par la voie sangunie et par la voie lymphatique ?

On sait que dans certains cas, le gonocoque peut passer dans le sang et déterminer une septicémie ayant un caractère parfois très grave. Ne pourrait-il alors se fixer sur le péritoine de la même façon qu'il se fixe sur d'autres séreuses les synoviales, par exemple ? Ce processus, bien que très rarement invoqué, demeure vraisemblable : c'est bien de cette façon que d'autres germes — en particulier le pneumocoque — déterminent des péritonites purulentes.

L'infection par voie lymphatique n'a aussi été que très rarement invoqué par les différents auteurs.

Nous voulons cependant rapporter des faits qui montrent que le gonocoque est susceptible de parvenir jusqu'au péritoine sans emprunter la voie tubaire.

Depuis longtemps on a remarqué à l'examen histologique que les parois les plus profondes de la trompe conte-

naient dans certains cas des amas de gonocoques alors que la muqueuse tubaire était parfaitement saîne.

Récemment Ivanov s'est attaché à démontrer que l'infection gonococcique pouvait passer directement aux trompes alors que l'endomètre est exempt de toute inflammation. Il se base sur des recherches faîtes sur des pièces opératoires, et il rapporte l'observation d'un cas où il existait une inflammatoin purulente de l'ovaire en voie de généralisation alors que la muqueuse de la trompe était parfaitement saine. Il conclut que l'infection gonococcique peut pénétrer dans les trompes et les ovaires sans toucher la muqueuse du corps de l'utérus, que cette propagation se fait à la fois par voie lymphatique et par les espaces conjonctifs qui entourent l'utérus : il les désigne sous le nom de plexus paragénital, ce dernier remontant jusque dans la région rénale.

Fitz Hugh rapporte des cas curieux intéressants aussi en ce qu'ils comportent de déductions sur le mécanisme de propagation du gonocoque au péritoine. Il a observé des phénomènes péritoneaux localisés à l'hypochondre droit, évoluant de façon aiguë : après une intervention pour cholecystectomie, l'examen microscopique révéla du gonocoque. Dans ce cas encore, l'atteinte péritonéale ne semble pas pouvoir être rattachée à un mécanisme de propagation par voie intragénitale ascendante.

Sans insister davantage sur ces faits, nous concluons que dans certains cas — peut-être très rares — le gonocoque peut être apporté au péritoine par la voie sanguine ou lymphatique.

VI. — Quels facteurs peuvent contribuer à faire apparaître ces accidents péritonéaux aigus ?

Il existe tout d'abord des facteurs d'ordre physiologique, tels la menstruation et la puerpueralité.

La menstruation a été signalée dans certains cas comme

coïncidant avec le moment où ont éclaté les accidents. Les observations III et XII signalent le fait. Dans cette période, des mouvements violents pourraient occasionner un reflux sanguin, ce qui aiderait à transporter les germes dans l'abdomen. C'est, d'autre part, au moment de la menstruation que les germes peuvent le plus facilement passer de la cavité utérine à la cavité tubaire, car ils trouvent une voie de passage plus large. Le fait que ces accidents apparaissent souvent à la fin des règles est considéré par Hamant et Chalnot comme un signe d'assez grande valeur.

La puerpéralité peut aussi entrer en ligne de compte : elle semble en cause dans l'Observation XIV, les accidents étant apparus presque aussitôt après l'accouchement et dans les observations XV et XVI après un avortement.

Enfin, on a signalé comme causes favorisantes, des facteurs d'ordre mécanique.

Ainsi des manœuvres intra-utérines peuvent avoir précédé immédiatement les accidents, que ces manœuvres soient faites dans un but thérapeutique ou en vue de provoquer un avortement. Ainsi Lecène rapporte que dans un cas il avait été pratiqué une cautérisation au chlorure de zinc, et dans un autre, une injection intra-utérine. On a signalé aussi l'emploi de l'hystéromètre comme dangereux. Hornstein rapportant quatre cas de péritonite par infection caniculaire ascendante, constate que dans deux cas les accidents sont survenus après des injections intra-utérines et dans les deux autres cas la péritonite est apparue au moment des règles. Dans une observation de Bloch et Soupault, on note le rôle important qu'on joué les injections vaginales et une grossesse accidentellement interrompue dans l'éclosion des accidents.

Tous ces facteurs peuvent agir, soit en favorisant la propulsion du gonocoque vers les trompes par refoulement, ou peut-être en abaissant la résistance du terrain.

Ils ont peut être dans certains cas une importance plus

grande que celle qu'on semble leur attribuer, tout au monis en ce qui concerne la puerpuéralité. Si quelquefois ces accidents de péritonite généralisée éclatent alors que l'infection gonococcique s'est manifestée depuis longtemps, il est très vraisemblable que toutes ces circonstances viennent réveiller l'activté d'un germe qui n'ayant pas créé de graves lésions au moment de son inoculation, trouve encore le chemin libre pour progresser d'une façon très rapide jusqu'au péritoine.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous allons maintenant essayer de montrer quel est l'aspect clinique de ces accidents péritonéaux. Nous verrons que ce sont avant tout des signes de péritonite aiguë dont il est bien difficile, la plupart du temps, de trouver l'origine. « Ces péritonites n'ont pas une symptômatologie particulière qui les désigne vite au clinicien », a dit Mondor.

I. — PERIODE DE DEBUT

— Dans les cas les plus fréquents, les symptômes sont très graves d'emblée et ces accidents péritonéaux éclatent d'une façon très brutale.

Les malades racontent qu'elles ont ressenti une violente douleur le plus souvent localisée au bas-ventre, quelquefois même d'un seul côté, ce qui est le cas de notre Observation I. Cette douleur est presque toujours le premier signe et les malades chechent à la rapporter à leurs règles qu'elles attendent (Obs. XII) : elles les comparent à un coup de couteau, à une sensation de déchirure dans le ventre. Mais le siège initial n'est pas toujours dans l'hypogastre : il peut être épigastrique (Obs. X), ce qui égare le diagnostic. La douleur peut présenter des irradiations,

et notamment vers la région périnéale, la face interne des cuisses ou la région rénale (Obs. VI).

En général, les douleurs vont se généraliser très rapidement à tout l'abdomen, si elles n'étaient pas, ce qui arrive, généralisées d'emblée (Obs. XII).

D'autres symptômes peuvent aussi apparaître dès le début : les vomissements surviennent quelquefois dès l'apparition de la douleur. Le pouls et la température sont dans ces cas d'emblée très élevés, l'arrêt des matières et des gaz immédiat, la palpation de la paroi abdominale partout douloureuse; tout le ventre est rétracté.

Enfin, le faciès et l'état général sont très gravement touchés dès l'éclosion des accidents, si bien que, lorsque l'on voit la malade pour la première fois, on se trouve en présence d'un cas de péritonite généralisée, tableau que nous retracerons plus loin.

— Mais il est des cas encore assez nombreux où l'on ne retrouve pas une telle brutalité dans l'apparition de ces accidents.

Ainsi dans l'Observation I, le début s'est fait par une crise douloureuse aiguë, mais 24 heures après, l'état général était bon, la température et le pouls peu élevés, et du côté de l'abdomen les signes étaient encore localisés. Cet état se maintint stationnaire pour ne présenter des symptômes alarmants que deux jours après le début des accidents.

Dans l'observation VIII, on remarque qu'il s'est écoulé une période de 10 jours avant que le syndrôme de péritonite généralisée soit constitué.

Par conséquent, si dans la grande majorité des cas, les accidents péritonéaux ont d'emblée un caractère grave traduisant une inflammation immédiate de toute la séreuse, dans d'autres circonstances, on peut observer un mode de début différent où l'infection semble s'établir

plus lentement, par étapes : l'observation VII est également très démonstrative.

— Envisageons maintenant les rapports qui existent entre le moment de l'apparition des accidents péritonéaux et le moment où sont apparues les premières manifestations de l'infection gonococcique.

Cliniquement, il est difficile de situer d'une façon précise les phénomènes péritonéaux par rapport au début de cette infection.

Souvent ces accidents de péritonite aiguë paraissent être l'éclosion même de la maladie et peuvent survenir peu de jours après l'inoculation. « La chaude-pisse n'existe pas cliniquement alors que la péritonite est déjà en pleine évolution », disent Bertrand et Carcassonne. On ne retrouve par conséquent aucun antécédent de gonococcie; c'est en vain que l'on recherchera des signes d'urétrite ou la présence d'un écoulement : c'est le cas de l'Observation III. Cependant il ne faut pas négliger par un interrogatoire minutieux de chercher à retrouver ces signes qui du fait de leur apparition récente, peuvent avoir retenu l'attention de la malade. Malheureusement l'état, souvent si grave d'emblée de ces malades, ne favorisent pas cette enquête.

Dans d'autres circonstances, assez fréquentes, ces péritonites sont loin d'être le premier épisode blennorragique. On retrouve des antécédents nets : telle la malade de l'Observation IX qui fut conduite au chirurgien alors qu'elle était soignée dans un autre service pour blennorragie aiguë. Avant d'atteindre le péritoine, le gonocoque peut avoir manifesté sa présence dans l'appareil génital depuis plus ou moins longtemps, et cette période peut être de quelques jours ou même de quelques mois. Il semble même que la blennorragie puisse avoir été contractée très longtemps avant ces accidents péritonéaux aigus : dans

l'Observation V, on note que des pertes très abondantes dataient de deux ans.

II. — PERIODE D'ETAT

Le syndrôme de péritonite généralisée étant constitué soit, comme nous l'avons vu, d'emblée, ou après une aggravation progressive de l'état initial, voyons l'aspect clinique que vont présenter ces malades et les renseignements donnés par l'examen.

Signes fonctionnels.

La douleur qui, au début, pouvait être localisée et présenter des paroxysmes avec des moments d'accalmie, s'est très vite généralisé à tout l'abdomen et ne laisse aucun répit à la malade. Le moindre effort, le moindre mouvement l'exaspèrent. Cette douleur est si intense que la paroi abdominale s'immobilise; le ventre ne respire plus; la respiration prend le type costal supérieur; elle est courte et superficielle.

Au début, on a pu observer deux ou trois vomissements alimentaires. Mais ces vomissements se rapprochent de plus en plus, deviennent bilieux, verdâtres, porracés, ce qui indique la diffusion de la péritonite. Ces vomissements exaspèrent la douleur. De leur abondance et de leur durée on peut tirer des conclusions au point de vue pronostic : plus ils sont rapprochés et plus le pronostic doit être réservé, surtout s'ils ont pris le caractère porracé. Si les vomissements très abondants au début, s'arrêtent brusquement alors que les douleurs deviennent plus vives, ceci assombrit également le pronostic.

L'arrêt des matières et des gaz est complet : les parois intestinales enflammées sont paralysées. On retrouve la constipation opiniâtre habituellement observée dans la

plupart des cas de péritonite. Cependant on a signalé qu'il pouvait exister de la diarrhée (Obs. VIII), cette même diarrhée profuse et fétide que l'on voit dans certaines formes de péritonites hypertoxiques.

Dans certains cas (Obs. V), il peut exsiter de la dysurie et de la pollakyurie. On a également signalé du ténesme vésical et rectal.

Signes tirés de l'examen.

Lorsque l'on découvre le ventre, on remarque qu'il est météorisé, ballonné. Mais on ne note pas de dilatations localisées, ni d'œdème de la paroi, ni circulation collatérale; en aucun point il n'existe de voussures qui pourraient faire penser à la présence d'une collection suppurée. Ce ventre est immobilisé, ne respire plus.

La moindre pression sur la paroi abdominale est très douloureuse; elle montre que le ventre est hypersensible et l'on peut apprécier une contracture intense réalisant le ventre de bois. La palpation n'arrive plus à ce stade à localiser un point plus particulièrement douloureux, et il est par conséquent très difficile lorsque l'on voit seulement les malades à cette période de se faire une idée sur le point de départ du processus inflammatoire. La contracture de la paroi est si intense qu'elle rend impossible la palpation des organes sous-jacents. Enfin, et le fait est très important, cette contracture est généralisée à tout le ventre.

La percussion ne révèle pas de zônes de matité. En général, la sonorité gastrique et intestinale sont conservées, la matité hépatique subsiste. Cependant, ceci n'a rien d'absolu : on trouve dans l'Observation I qu'il existe une sonorité préhépatique. Il n'y a pas non plus de matité dans les parties déclives ni dans les flancs si l'on fait pencher la malade sur le côté.

Voyons maintenant quels renseignements peut donner le toucher vaginal. En général, l'utérus est mobile, pas augmenté de volume, douloureux lorsque l'on tente de le mobiliser : la douleur au redressement de l'utérus serait un signe très important sur lequel Bonnet a attiré l'attention. On révèle dans les culs de sacs une douleur vive sans pouvoir déceler de masse annexielle : le douglas est sensible et tendu. Le toucher rectal peut aussi dans certains cas déceler cette sensibilité du douglas.

Mais en réalité ces faits sont assez variables si l'on en juge par ce que l'on trouve dans les observations. Ainsi le toucher est absolument négatif dans les observations III, VI et XVI; on peut trouver une masse annexielle (Obs. I), simplement une sensibilité exagérée du Douglas (Obs. IX), un utérus augmenté de volume (Obs. XV), un utérus peu douloureux (Obs. XII), etc...

Nous voyons par conséquent que le toucher vaginal ne peut pas beaucoup contribuer à donner au tableau clinique un aspect particulier. Il semble surtout qu'il donne peu de signes par rapport aux affections purement génitales.

Signes généraux.

La température est en général très élevée : elle atteint fréquemment 39°5, 40°, et la courbe ne montre que de faibles rémissions matutinales. Cependant Bloch et Soupault ont remarqué dans les cas qu'ils ont observés (dont l'Observation IV) que la température n'était pas très élevée, ce qui fait contraste avec un pouls très accéléré et un mauvais état général.

Parfois la fièvre s'accompagne d'un frisson que certains auteurs ont voulu voir constant et d'apparition précoce; le malade serait en proie à un tremblement intense, « et ce frisson, dit Grapin, est parfois si prolongé et d'une violence

telle, qu'il ressemble en tous points au frisson qui annonce les accès paludéens. »

Le pouls est petit, filiforme, dépressible, rapide. Il bat fréquemment à 120, 140 pulsations par seconde. Le corps est couvert de sueurs moites, la voix est cassée.

Ces malades présentent un « faciès péritonéal » classique. Les traits sont tirés, le nez effilé et pincé, les narines animées de battements. Les yeux s'excavent, se cernent de bistre, les lèvres sont sèches. La langue est rôtie et saburrale, blanche en son milieu, avec des fuliginosités. Le faciès est grippé et se creuse de plus en plus. Cependant, Hamant et Chalnot ont remarqué « une certaine intégrité du faciès qui peut même dans certains cas être assez coloré, rouge violacé »; ils attirent l'attentoin sur ce point particulier également vérifié par l'Observation II, de Mondor.

On a noté également chez ces malades un état d'anxiété profonde, d'agitation, ou un état de stupeur avec céphalée qui a pu faire penser à la fièvre typhoïde (Obs. X).

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LES EXAMENS DE LABORATOIRE

Etude du sang.

Les anciens auteurs avaient cru remarquer que dans ces péritonites gonococciques, l'examen du sang montrait une assez forte éosinophilie.

Albrecht prétend que cette assertion doit être rejetée. Ses travaux montrent que la courbe de la leucocytose est la même dans l'infection gonococcique que dans les infections banales : au début, forte polynucléose, à la chute de l'infection, mononucléose et éosinophilie modérée.

Mondor semble, lui, attacher une importance assez grande à la numération des globules blancs.

« La leucocytose est, dit-il, le premier jour de l'attaque

pelvienne particulièrement élevée : j'ai vu à plusieurs reprises 30.000, 32.000, 38.000 globules blancs, c'est-à-dire plus que dans les appendicites aiguës. J'ai vu jusqu'à 58.000 globules blancs. »

Recherche microscopique du gonocoque dans l'écoulement vaginal.

Il est intéressant à pratiquer, plus particulièrement dans ces cas de péritonites qui évoluent très rapidement à partir du moment où les germes ont été inoculés, c'est-à-dire dans ces cas où l'infection gonococcique ne s'est pas encore extériorisée cliniquement. Un résultat positif peut être un bon argument pour confirmer un diagnostic étiologique encore hésitant.

III. — EVOLUTION - PRONOSTIC

Cette question doit plutôt être rattachée à l'étude des résultats et suites opératoires parce que, dans la plupart des cas, ces malades sont opérées avant que l'on puisse observer l'évolution complète de la maladie.

Le pronostic est-il grave ou bénin ? Les avis sont sur ce point très partagés. Certains auteurs, tels Tavernier, ne veulent même pas avoir d'opinion parce que, dit-il, « ces formes sont parfois terriblement difficiles à distinguer d'autres péritonites dont nous savons qu'elles sont mortelles, sauf intervention rapide », et que, par suite, il lui paraît trop dangereux d'attendre la guérison spontanée au cas où elle pourrait survenir.

Mondor, Bonnet et d'autres auteurs pensent qu'après les signes alarmants du début se produit une rémission rapide et que l'évolution se fait spontanément vers la guérison.

Mais il semble que la majorité des opinions se rallient autour de celle de Cotte : « Mon impression est qu'il s'agit

là de formes graves, qu'une intervention rapide ne suffit malheureusement pas toujours à enrayer. »

Comment expliquer cette divergence d'opinions ? Peut-être parce que dans les cas dont le diagnostic n'a pas été vérifié par l'opération, il ne s'agissait pas exactement de ceux qui nous occupent. Il est encore possible que ces formes de péritonites généralisées soient plus ou moins graves suivant les cas, ceci tenant au fait que la virulence ou la quantité des gonocoques déversés dans le péritoine peut être plus ou moins grande.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic présente de très grandes difficultés; c'est un point sur lequel tous les auteurs sont d'accord. Nous avons vu dans le chapitre précédent que l'on se trouvait avant tout en présence d'un syndrôme péritonéal aigu et qu'aucun signe constant, fidèle, pathognomonique ne pouvait permettre de poser un diagnostic de certitude.

Ainsi dans la plupart des cas on est amené à éliminer toute une série d'affections pouvant présenter un tableau clinique et une évolution à peu près identiques, si bien que le diagnostic restera hésitant et même, ce qui arrive le plus fréquemment, ne sera pas fait. Sur les seize observations que nous rapportons, dans un cas seulement (Obs. IX), un diagnostic exact avait été porté.

Nous allons passer en revue successivement quelques-unes des affections qui, par leur fréquence beaucoup plus grande ou par leur aspect clinique très ressemblant, peuvent être discutés à propos d'une malade atteinte de péritonite généralisée à gonocoques.

I. — Nous envisagerons tout d'abord les affections se rattachant à l'appareil génital, car l'attention est souvent attirée de côté par les antécédents, les symptômes ou l'évolution — notamment lorsqu'on a pu noter le début

dans l'étage inférieur de l'abdomen ou lorsque l'on constate au toucher vaginal des signes précis.

Les réactions péritonéales au cours des annexites aiguës sont d'observation fréquente. Presque toute salpingite aiguë s'accompagne d'une atteinte péritonéale plus ou moins intense. Dans ces cas on est guidé par l'évolution immédiate, car si les phénomènes péritonéaux peuvent paraître généralisés comme dans les cas qui nous occupent, ils se localisent très rapidement au petit bassin sous l'influence d'un traitement médical simple, et aucune indication opératoire immédiate ne se pose. D'autre part, la contracture abdominale modérée ou inexistante au cours des annexites aiguës est intense dans la péritonite généralisée gonococcique.

Les poussées aiguës de péritonite au cours des salpingites chroniques se manifestent rarement par des accidents aussi dramatiques. La réaction péritonéale est moins importante en durée et en étendue : c'est surtout le péritoine pelvien qui est touché par le processus inflammatoire. Dans ces cas on est guidé par les antécédents de ces malades qui bien souvent ont déjà été atteintes par ces crises douloureuses limitées au bas-ventre. L'examen permet de déceler par le toucher des annexes volumineuses et douloureuses, un utérus immobilisé. La douleur n'est pas généralisée à tout le ventre, elle siège de chaque côté ou d'un côté de l'utérus sans jamais remonter dans les parties hautes de l'abdomen. La contracture de la paroi est faible ou inexistante, contrairement à ce qui existe dans la péritonite généralisée où elle est la plupart du temps intense et totale. Les vomissements sont moins fréquents, la température moins élevée. L'évolution enfin confirmera le diagnostic, car dans ces cas de pelvi-péritonite, le simple traitement par repos au lit et glace sur le ventre amène une cessation assez rapide des symptômes. Cette évolution est à suivre de près, car il semble bien que dans les cas

où les péritonites à gonocoques ne se manifestent pas par des symptômes graves et généralisés d'emblée, la pelvi-péritonite peut apparaître comme la première étape, la phase début de la maladie (Obs. I).

Les péritonites par rupture de pyosalpinx sont souvent difficiles à distinguer des péritonites généralisées à gonocoques.

Veit a dit que dans la rupture d'un pyosalpinx stérile on avait surtout des signes d'intoxication (pouls très mauvais, à peine sensible) tandis que dans la péritonite due à la pénétration du gonocoque dans le péritoine, on observait surtout des phénomènes inflammatoires (douleur vive, défense musculaire, pouls relativement calme, vomissements). En réalité, cette distinction semble un peu artificielle et il n'est guère possible de différencier ces deux variétés de péritontie, si ce n'est pas la connaissance des circonstances étiologiques : on peut connaître les antécédents de la malade et s'être rendu compte de l'existence de la poche purulente salpingienne. L'examen pourra permettre quelquefois de noter au moment de l'accident l'affaissement subit de cette tumeur préexistante. Si par contre, l'examen montre des signes de blennorragie acquise de fraîche date, cela fait plutôt penser à la péritonite généralisée à gonocoques.

Les péritonites du post-partum et du post-abortum présentent un aspect clinique absolument identique à celui des péritonties généralisées gonococciques.

Si l'on sait que dans les jours précédents il s'est produit un avortement ceci permet facilement de rattacher la péritonite à sa véritable cause : cependant les observations XIV et XV montrent que les péritonites à gonocoques sont susceptibles de se produire après un accouchement ou un avortement, ce qui complique le problème. Souvent on ignore qu'il a été pratiqué des manœuvres

abortives, l'examen de l'appareil génital n'ayant rien montré de net, surtout lorsqu'il s'agissait d'une grossesse au début, et la malade ne voulant pas avouer l'origine des accidents. Dans ces conditions et, étant donnée la fréquence beaucoup plus grande des péritonites du post-partum par rapport aux péritonites généralisées gonococciques, il paraît dangereux d'éliminer les premières, si le moindre soupçon, le moindre indice peut faire penser à l'avortement. Car s'il est possible que la péritonite gonococcique généralisée puisse guérir par le traitement médical, on sait par contre que la péritonite du post-partum réclame un traitement d'urgence.

La possibilité d'une rupture de grossesse extra-utérine avec hématocèle est souvent difficile à éliminer : c'est un diagnostic qui avait été envisagé dans l'observation XI. Et l'on peut être amené à y penser pour différentes raisons : la malade peut raconter qu'elle attendait ses règles qui avaient du retard, le début très brutal par une douleur intense localisée d'un côté du bas-ventre, les vomissements le pouls petit et rapide, le faciès, etc... sont autant de signes qui peuvent prêter à confusion. Cependant, en faveur de la grossesse extra-utérine rompue, on peut noter : une douleur initiale qui n'a que peu de tendance à diffuser, il n'y a pas en général d'arrêt absolu des matières et des gaz, ni de vomissements porracés, la température n'est jamais très élevée du fait de l'hémorragie, l'abdomen ne présente qu'une contracture faible ou nulle. Il existe un syndrôme hémorragique qui se manifeste par les caractères du pouls, du faciès, la tendance syncopale que présentent ces malades. Enfin l'épanchement de sang dans les parties déclives a provoqué une déviation de l'utérus, et l'on trouve au toucher un col quelquefois ramolli, entrouvert appliqué derrière la symphyse. Cependant le diagnostic peut présenter de très grandes difficultés : Bonnet cite un cas où il avait diagnostiqué une appendicite généralisée

sée à gonocoques, mais il pratiqua l'opération en croyant ensuite à une rupture de grossesse ectopique.

Ces accidents péritonéaux aigus peuvent aussi faire songer à la torsion d'un kyste de l'ovaire, mais là le toucher combiné au palper permet de trouver une tumeur tendue et fluctuante, repoussant l'utérus.

S'il s'agit d'une rupture d'un kyste de l'ovaire, et en particulier d'un kyste suppuré, le diagnostic ne sera guère possible que si l'on connaissait avant l'existence de ce kyste.

La torsion des annexes, des salpingo ovarites s'accompagnent d'accidents aigus dont la plupart du temps on reconnaît l'origine à l'intervention.

II. — Nous allons envisager maintenant quelques affections qui se rattachent à la pathologie du tube digestif et pour lesquelles l'expérience a montré qu'il était souvent très difficile de les distinguer des péritonites généralisées à gonocoques.

C'est tout d'abord l'appendicite qu'il convient de mettre au premier plan, car l'erreur est très fréquemment commise : c'est le diagnostic qui avait été porté dans les observations IV, VII, VIII, XI, XIII, et cependant l'opération dans chaque cas montra un appendice parfaitement sain. Cette erreur est d'ailleurs le plus souvent tout à fait normale : comment ne pas penser à des accidents d'origine appendiculaire — notamment à la perforation de l'appendice — lorsque chez une femme jeune, sans passé génital, on observe un tableau typique de péritonite généralisée alors que les accidents ont début par une violente douleur ressentie dans la fosse iliaque droite ? En faveur de l'appendicite, on pourra rechercher si la douleur initiale correspondait exactement au point de Mac Burney, le siège de la douleur étant plus bas situé dans les péritonites généralisées à gonocoques; la possibilité de crises an-

térieures, authentiques d'appendicite, l'évolution en deux temps peuvent aider à faire reconnaître l'origine appendiculaire de ces troubles. Hamant et Chalnot pensent qu'il ne faut jamais négliger de rechercher deux signes de réelle valeur qui sont ceux en faveur de la péritonite gonococcique : « l'apparition des accidents à la fin des règles et une certaine intégrité du faciès qui peut, même dans certains cas, être assez coloré, rouge violacé ». L'interrogatoire et l'examen bactériologique devront chercher à révéler une infection gonococcique encore ignorée quelquefois parce qu'elle a été contractée très peu de temps auparavant. Le toucher vaginal peut ne donner aucun renseignement ou simplement une sensibilité exagérée des culs de sac, ce qui peut se trouver dans les deux cas. Cependant Bonnet dit :« Je n'opère jamais une femme adressée d'urgence avec le diagnostic d'appendicite sans faire le toucher vaginal et si je constate de la douleur au redressement de l'utérus, ce seul signe m'invite à admettre l'origine génitale et à temporiser. » Cependant ce signe paraît être bien inconstant. Enfin, certains signes particuliers comme les épreintes, le ténesme vésical se retrouvent dans l'appendicite pelvienne.

Il est inutile d'insister pour montrer combien ce diagnostic est difficile : ce n'est la plupart du temps qu'après incision dans la fosse iliaque droite que la constatation d'un appendice sain vient redresser le diagnostic : on cherche alors dans le pelvis et ce n'est qu'à ce moment que l'on rapporte la péritonite à sa vraie cause.

Les perforations d'ulcères gastriques, surtout si elles sont observées tardivement, à la phase de péritonite généralisée peuvent aussi être d'un diagnostic différentiel très difficile. Dans ces cas, il faudra avant tout rechercher par un interrogatoire minutieux les antécédents gastriques douloureux du malade, les hémorragies possibles, ce qui permettra alors de retrouver la cause de la péritonite. Si

la malade est vue dès le début, il faudra avant tout rechercher la contracture limitée à la paroi épigastrique, le siège, plus haut situé, de la douleur.

Parfois des vomissements bilieux abondants qui tendent à devenir porracés ou fécaloïdes, le ballonnement du ventre peuvent évoquer l'idée d'une occlusion intestinale. C'est le diagnostic qui avait été porté chez la malade de l'Observation I.

On pourrait peut-être encore envisager beaucoup d'autres affections abdominales aiguës pour lesquelles le diagnostic mérite d'être discuté : péritonite par perforation vésiculaire par exemple, en un mot toutes les péritonites généralisées quelle que soit leur origine. De nombreuses hypothèses peuvent être faites : dans l'Observation II les symptômes étaient apparus huit jours après appendicectomie et l'on crut à une complication post-opératoire; dans l'Observation X, on avait envisagé la possibilité d'une fièvre typhoïde.

Il est inutile de multiplier les exemples pour montrer la complexité du problème diagnostic. Il paraît à peu près impossible de pouvoir affirmer cliniquement que l'on se trouve en présence d'un cas de péritonite généralisée à gonocoques. Beaucoup d'auteurs en de tels cas se montrent très prudents et ne portent que le diagnostic de péritonite généralisée d'origine inconnue (Obs. III, V, VI). Et c'est cette incertitude de diagnostic qui conditionne en une grande part le problème thérapeutique.

TRAITEMENT

Quelle sera la conduite à tenir en ces cas de péritonites généralisées à gonocoques ? Faut-il intervenir systématiquement ou peut-on envisager un traitement médical ? Cette question est très discutée. Elle a fait l'objet d'un important débat entre les chirurgiens lyonnais à propos d'un cas rapporté par Cotte. « On rechercherait en vain dans la littérature, disait Cotte, des données précises au sujet de la thérapeutique ». Cependant l'accord ne semble pas être réalisé complètement sur ce point. Certains auteurs sont partisans de l'abstention alors que d'autres rejettent systématiquement le traitement médical, et il existe des arguments très sérieux en faveur de chaque solution.

Le traitement médical.

Le traitement médical est très simple : les deux facteurs essentiels sont le repos et la glace sur le ventre. La malade sera placée en position demi-assise, un sac de glace maintenu constamment sur le bas-ventre, dans le repos le plus complet. La vaccination antigonococcique peut être un adjuvant précieux qu'elle soit pratiquée par voie sous-cutanée ou intra-musculaire, ou par la porte d'entrée, suivant la méthode de Poincloux. On peut instituer un goutte à goutte avec du sérum salé hypertonique. L'abcès de fixa-

tion est un auxiliaire précieux qu'il ne faut pas négliger : M. le Professeur Guyot l'emploie souvent et avec de bons résultats dans les manifestations péritonéales à point de départ annexiel.

Quels sont les avantages de cette méthode ? Souvent au bout de quelques heures on voit une rémission brusque se produire malgré les signes très alarmants du début : le traitement médical serait suffisant pour triompher de l'incendie péritonéal. Mondor rapporte qu'il s'est trouvé dix à douze fois devant des syndrômes péritonéaux aigus pour lesquels il crut pouvoir penser à l'infection gonococcique. « Régulièrement, dit-il, la température et les autres signes de l'incendie péritonéal tombaient en deux ou trois jours ». Le fait que quelques gouttes de pus aient été déversées dans le péritoine par le pavillon tubaire ne constitue pas à son avis une menace très grave.

Enfin, l'expectative permet de pouvoir juger de l'évolution du syndrôme péritonéal. La plus grande partie des péritonites d'origine annexielle, en dehors des ruptures de pyosalpinx, guérissent par le traitement médical. Etant donné que dans certains cas on a pu par l'évolution des symptômes voir quel était le point de départ de l'infection et que le tableau clinique n'était pas toujours d'emblée celui d'une péritonite généralisée, on peut être en droit d'espérer que le traitement médical sera suffisant. Et l'on pourra ainsi éviter des interventions qui sont toujours très graves lorsqu'elles sont faites à chaud sur un utérus ou des annexes dans les cas d'infection gonococcique, alors que si l'on temporise, le pronostic s'améliore considérablement.

Les avantages de l'abstention sont donc de pouvoir obtenir la guérison simplement par le traitement médical, et de pouvoir permettre d'éliminer certaines manifestations péritonéales pour lesquelles l'intervention est nettement à éviter.

L'inconvénient très sérieux qui fait rejeter par beaucoup d'auteurs le traitement médical et les amène à pratiquer une intervention immédaite, c'est l'éventualité toujours possible de laisser évoluer une affection pour laquelle il est nécessaire d'intervenir sans tarder. Nous avons vu à propos du diagnostic combien il était difficile d'éliminer dans certains cas la péritonite généralisée consécutive à une perforation appendiculaire par exemple, ou encore les péritonites consécutives à une perforation d'ulcère gastrique ou à un avortement. « Il s'agit d'une péritonite aiguë disent Bertrand et Carcassonne, et quelle que soit l'étiologie supposée du syndrôme, rien n'autorsie à attendre, tout impose l'intervention rapide. Après laparotomie, l'origine étant connue, il reste à discuter la conduite thérapeutique. » Ces auteurs rejettent par conséquent d'emblée le traitement médical, parce qu'ils estiment que le risque est trop grand si l'on se réfugie dans l'abstention. Tavernier dit : « Il vaut mieux faire quelques laparotomies blanches que de laisser mourir des malades sans la tentative opératoire qui pouvait les sauver.. En cas de doute, se réfugier dans l'expectative qui n'a de prudente que le nom, c'est faire preuve d'une crainte de nuire que ne justifie pas la chirurgie d'aujourd'hui. »

Le traitement chirurgical.

Au début on a pratiqué chez ces malades des hystérectomies totales et subtotales par voie abdominale : les observations de Picqué rapportées dans la thèse de Grappin montrent que les résultats obtenus furent satisfaisants. Grappin dit que « cette opération est non seulement justifiée, mais encore qu'il la considère comme nécessaire et indispensable,... alors que le drainage appliqué sans hystérectomie est toujours un procédé insuffisant. » Il pense que si on laisse en place l'utérus et les annexes il peut se

produire des accidents ultérieurs et des récidives après la première atteinte.

J.-L. Faure fit avec succès dans plusieurs cas des hystérectomies par voie vaginale suivies de drainage et obtint la guérison dans plusieurs cas graves.

Par la suite on s'éleva contre l'hystérectomie, car on pensa que la guérison pouvait être obtenue au prix de sacrifices beaucoup moins grands et Lecène, Cotte pratiquèrent la salpingectomie suivie de drainage abdominal. On pensait que la péritonite gonococcique pouvait se comparer à la péritonite par perforation d'autres organes et que, par suite, il fallait enlever la lésion causale. On fit alors des salpingectomies bi ou uni-latérales; l'utérus et les ovaires n'étant pas en cause étaient conservés. On obtint également de bons résultats.

On se demanda ensuite si la salpingectomie était même nécessaire parce que la plupart du temps les trompes n'étaient pas le siège de lésions très graves. C'est ainsi que l'on arriva à ne plus pratiquer que le simple drainage. Tixier au Congrès de chirurgie de 1927, préconisa la laparotomie médiane avec mise en place d'un Mikulicz qui cloisonne les lésions génitales en s'étalant derrière l'utérus et les annexes : une barrière est ainsi réalisée entre le petit bassin et la grande cavité. Lecène considéra également que le drainage était le traitement de choix.

Enfin, dans certains cas, après laparotomie et constatation des lésions, on referma simplement la paroi abdominale après assèchement du Douglas, sans pratiquer de drainage. Ces cas se sont également terminés par la guérison et ceci laisse supposer que la laparotomie a suffi à faire perdre au gonocoque sa virulence, ou bien qu'il l'aurait perdue de lui-même si on avait laissé l'évolution spontanée se produire. Cependant il semble plus prudent de drainer car au moment de l'intervention, on dispose rarement de ce qu'il faut pour faire un examen du pus

et on ne peut savoir d'une façon certaine s'il s'agit du gonocoque.

On voit qu'il s'est produit dans la conception du traitement chirurgical qu'il convient d'appliquer aux péritonites généralisées à gonocoques une lente évolution : l'intervention radicale a cédé le pas à l'intervention partielle qui elle-même fut remplacée par le simple drainage. On s'est orienté de plus en plus vers la méthode conservatrice parce que les résultats semblaient aussi bons quelle que soit l'intervention pratiquée. « Il semble que le drainage pelvien soit l'essentiel et que la castration ne soit pas nécessaire » : telle a été la règle formulée par Lecène.

La méthode par simple drainage présente de réels avantages. C'est l'intervention la plus simple, la moins longue que l'on peut être amené à choisir parce que l'on se trouve en présence de femmes dont l'état général est gravement touché. L'expérience a montré qu'elle donnait de très bons résultats : c'est l'impression que l'on a lorsqu'on voit les résultats obtenus par Bertrand et Carcassonne, Bonnet, Lecène, Bizart et Malatray, Hamant et Chalnot, etc... Les malades guérissent en général assez rapidement et les suites opératoires sont simples. Cette guérison n'est pas obtenue au prix de dégâts irréparables chez des femmes jeunes auxquelles il semble que ce soit imposer un lourd sacrifice que de les obliger à renoncer à tout avenir génital.

Mais les résultats éloignés de la méthode conservatrice ne semblent pas aussi satisfaisants qu'on aurait pu l'espérer. Quelques mois après l'intervention, l'injection de lipiodol par voie intra-utérine a montré chez deux malades, l'une de Cotte, l'autre de Bertrand et Carcassonne qu'il s'était produit une oblitération des trompes : par conséquent, il faut se montrer réservé en ce qui concerne le résultat fonctionnel éloigné. C'est pourquoi on peut se demander s'il n'est pas légitime dans une certaine mesure

de sacrifier des trompes devenues inaptes à la fécondation, des trompes malades qui pourront être à l'origine de poussées ultérieures de pelvi-péritonite. Et la salpingectomie permettant en outre d'éviter de larges drainages, ces malades ne courront pas les risques d'éventration toujours possibles.

Cependant la tendance actuelle semble être de réduire au minimum l'acte opératoire : le simple drainage de la cavité pelvienne par Mikulicz apparaît comme le traitement de choix.

Il est difficile de donner des résultats opératoires, les cas publiés n'étant que peu nombreux et aucune statistique générale n'ayant été faite :

Dans les seize observations que nous avons rassemblé, il a été :

4 fois l'hystérectomie (Obs. I, II, V, VI) avec 3 guérisons et 1 décès,

2 fois salpingectomie bilatérale (Obs. III et IV) avec 2 guérisons.

1 fois salpingectomie unilatérale (Obs. XI) avec guérison.

7 fois simplement le drainage (Obs. VIII, IX, X, XII, XV, XVI), avec 5 guérison et 2 décès.

1 fois fermeture sans drainage (Obs. VII) avec guérison

Dans 1 cas où l'opération n'est pas spécifiée, décès.

Pour 16 cas, l'intervention chirurgicale a donné 12 guérisons et 4 décès.

Les autres cas retrouvés dans la littérature montrent que toutes ces interventions ont été pratiquées par différents auteurs : Bizard et Malatray (1 cas : drainage, 1 cas : fermeture sans drainage) ; Bloch et Soupault (1 cas : salpingectomie, 1 cas : drainage) ; Bonnet (2 cas: drainage) ; Carcassonne 1 cas : fermeture sans drainage) ; Guidoni (1 cas: hystérectomie) ; Hamant et Chalnot (1 cas : drainage) : Lecène (1 cas : salpingectomie unilatérale, 1 cas: simple drainage) ; Picqué (5 cas : hystérectomies).

Et les résultats obtenus ont été les suivants :
Pour 6 hystérectomies : 4 guérisons, 2 décès.
Pour 1 salpingectomie bilatérale : guérison.
Pour 1 salpingectomie unilatérale : guérison.
Pour 6 drainages : 6 guérisons.
Pour 2 fermetures sans drainage : 2 guérisons.
Ce qui donne pour ces 16 cas, 14 guérisons et 2 décès.
Sur l'ensemble des 32 cas que nous avons retrouvé, il existe une mortalité d'environ 20 pour 100.

Indications du traitement médical et du traitement chirurgical.

Les indications respectives de ces deux traitements sont très difficiles à poser. La décision est souvent très délicate à prendre et c'est l'observation attentive et minutieuse de chaque cas qui doit dicter la conduite à tenir.

Il semble que l'on doit appliquer le traitement médical dans les cas où l'affection ne paraît pas d'emblée généralisée, lorsque l'on a l'impression que c'est surtout le péritoine pelvien qui est intéressé et que l'on pense au point de départ annexiel de l'inflammation. Le repos et la glace pourront suffire dans certains cas à empêcher la généralisation du syndrôme péritonéal. Il faut pendant ce temps suivre l'évolution de très près et si l'examen attentif de ces malades montre que le processus inflammatoire se généralise, intervenir. Dans bien des cas, l'abstention est justifiée : c'est la solution qui fut adoptée dans les observations I, VII, XVI. De même, Bonnet rapporte que dans un cas où il avait fait le diagnostic exact de péritonite à goncoques, il n'intervint qu'après deux jours d'expectation parce qu'il avait alors pensé qu'il s'agissait d'inondation péritonéale par grossesse ectopique. Bien que l'intervention n'ait été décidée qu'au bout de deux jours, la malade guérit quand même parfaitement.

Dans certains cas, même si le début a été impressionnant par sa rapidité et la gravité des symptômes, on peut espérer que l'incendie péritonéal sera de courte durée si l'on observe certains signes mis en valeur par Mondor : « Une contracture non également généralisée et peu rigide, une paralysie intestinale incomplète, des vomissements rares, quelques signes pelviens (vésicaux, rectaux), enfin un visage souvent coloré, rouge violacé, et, surtout, l'examen vulvo-vaginal et le toucher : muqueuse rouge, purulente, douleur vive à la mobilisation de l'utérus, douleur sous-urétrale, etc... » L'étude de la leucocytose peut aussi être d'un enseignement précieux.

Dans tous les cas où l'on se trouve en présence d'un tableau de péritonite généralisée avec un état général gravement touché, et sans qu'il soit possible de penser avec quelque certiude à la véritable origine du syndrôme, la laparotomie est justifiée et il semble que la meilleure conduite à tenir soit alors de faire une opération minima, conservatrice, le simple drainage de la cavité pelvienne, ainsi que le préconise Lecène.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(*du Service de Clinique chirurgicale de M. le Professeur Guyot*)

Z... (Anita). Entre le 15 février 1927 dans les service de M.le Professeur Guyot, salle 32, lit 18, envoyée par son médecin pour crise douloureuse abdominale aiguë ayant débuté la veille, à 8 heures du matin, par une douleur très aiguë à la partie droite du bas-ventre.

En 1932 et en 1935, cette malade a eu deux grossesses, et une fausse couche il y a un an; depuis elle a des pertes jaunâtres après ses règles et souffre des reins.

A l'examen, femme en bon état général. Température 37°4. Pouls, 100. Un vomissement bilieux 24 heures après le début de la crise. Abdomen un peu ballonné, respirant mal, douloureux à la palpation, surtout à gauche, avec défense musculaire légère, surtout à gauche. Sonorité pré-hépatique.

Au toucher, masse mollasse assez volumineuse dans le cul de sac droit et postérieur, douleurs à gauche.

Glace sur le ventre, abcès de fixation.

Le 16, au matin, état stationnaire : le faciès est bon, le pouls bien frappé, pas de modifications des signes abdominaux.

Le 17, aggravation nette. Pouls à 120. Température, 37°4. Abdomen très ballonné, vomissements bilieux abondants. Aucune émission de gaz.

M. le Professeur Guyot conseille l'intervention, qui a lieu à 11 heures. On pense plutôt à une occlusion du grêle dans un foyer de pelvi-péritonite qu'à une rupture du pyosalpinx.

Anesthésie générale à l'éther. Opérateur : Dr Darmaillacq. Aide : M. Poinot.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Dès l'ouverture du péritoine, issue de pus jaunâtre sans odeur qui provient du petit bassin.

Utérus petit, annexes très rouges, du volume d'une grosse noix, la droite est collée à la paroi pelvienne.

L'intestin grêle est rouge et dilaté.

Appendice sain.

Il n'y a aucune perforation sur les trompes, on n'est pas certain que le pus provienne de l'orifice tubaire.

Hystérectomie subtotale rapide de gauche à droite. Aspiration du pus. Mikulicz.

Iléostomie à la Witzel sur anse dilatée.

Décès le 19 février deux jours après l'opération; l'iléostomie n'a pas du tout fonctionné.

L'examen du pus prélevé au moment de l'opération a montré la présence de diplocoques, gram négatif intra et extracellulaires, à type de gonocoques.

Considérations. — Il s'agissait d'une femme jeune ayant des antécédents très nets de pelvi-péritonite. Le tableau clinique était nettement en faveur d'une occlusion du grêle : vomissements bilieux, ballonnement, et c'est ce qui a motivé l'intervention. On a essayé chez cette femme de traiter à la fois la cause, l'annexite et les effets, occlusion paralytique : cela était peut-être excessif. Peut-être qu'un simple drainage par Mikulicz sans aucune intervention sur le grêle aurait été suffisant.

OBSERVATION II (Mondor).

Il s'agit d'une jeune danseuse opérée d'appendicite chronique douze jours avant dans le service de mon maître Walther, à l'hôpital de la Pitié où j'étais interne. Elle avait

quitté l'hôpital 8 jours après l'intervention et en parfaite santé. On la rapportait sur un brancard 4 jours plus tard.

Elle était en pleine péritonite : un ventre rétracté à contracture à peu près généralisée et presque rigide, des vomissements verts, incessants, des douleurs violentes diffuses, inlocalisables au palper, un faciès assez intact. La péritonite n'était pas douteuse. Etant donné l'acte opératoire récent, on pouvait craindre une complication post-opératoire. Baumgartner préféra intervenir. Il le fit par laparotomie sous-ombilicale. Du pus vert coulait entre les anses intestinales rouges et distendues. Du côté du cœcum et de l'enfouissement du moignon appendiculaire, il n'y avait absolument rien d'anormal; l'explication devait être recherchée ailleurs. Elle fut aussitôt facile dès que l'on découvrit la région pelvienne.

Les deux trompes, non augmentées de volume mais congestionnées, écarlates, laissaient sourdre du pus par leur pavillon, goutte à goutte : elles étaient suintantes et purulentes, comme un gland de blennorragique. La pression à leur niveau augmentait l'écoulement. L'hystérectomie fut pratiquée et guérit la malade sans difficulté.

Nous apprîmes ensuite l'origine des accidents : avant même de quitter l'hôpital, sept jours après la première intervention, et profitant, avec une hâte remarquable, de sa convalescence, d'une chambre d'isolement et d'un visiteur aussi impatient, la malade avait repris ses plus fougueuses habitudes. Cinq jours après cette aventure et sans que rien fît découvrir des lésions annexielles antérieures, la péritonite avait éclaté.

L'intervention avait été pratiquée parce que le diagnostic qui semblait s'imposer était celui d'une complication post-opératoire. Si le diagnostic de péritonite gonococcique avait pu être fait, l'intervention n'eût probablement pas paru immédiatement nécessaire.

Les examens de laboratoire prouvèrent la responsabilité du gonocoque.

OBSERVATION III (Cotte).

Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans, mère de deux enfants qui, le 29 avril dernier, quitta le foyer conjugal pour se jeter dans les bras d'un ami qui la courtisait depuis quelque temps. Elle eut des rapports avec celui-ci le 29 et 30 avril. A partir du 1er mai, l'apparition de ses règles vint mettre fin à ces relations extra-conjugales. Cela avait suffi du reste pour que cette femme fût contaminée par le gonocoque. Dès le cinquième jour, avant qu'il y eut un écoulement vaginal ou urétral, elle fut prise d'une douleur abdominale gauche qui s'étendit bientôt à tout le ventre. Dans la nuit qui suivit, la malade eut des vomissements bilieux abondants avec un peu de diarrhée. La température était de 38°5. Les choses allèrent en empirant assez vite, et, quarante-huit heures après, la malade était amenée d'urgence dans mon service avec tous les signes d'une péritonite aiguë.

A l'entrée, le 5 mai au matin, l'abdomen présentait une hyperesthésie totale. La région appendiculaire, la région vésiculaire, l'épigastre, les fosses iliaques étaient également douloureux. La paroi était fortement contractée, le toucher vaginal négatif. Température, 39°. Pouls, 120.

En présence de ces symptômes, ignorant le facteur étiologique que l'interrogatoire ne nous permit de dépister que beaucoup plus tard et ne sachant s'il s'agissait d'une appendicite ou d'une perforation du tube digestif, je fis d'abord une laparotomie médiane sous-ombilicale. La péritonite était certaine et c'est par une incision basse que je me décidai d'abord à aller voir quelle en était la cause.

Intervention sous rachi-anesthésie à la novocaïne. Le ventre ouvert, on trouve immédiatement entre les anses grêles, rouges et distendues, un liquide purulent sans odeur. L'appendice, d'abord repérée, ne présente aucune lésion et comme le liquide exsudé n'a rien qui puisse faire penser à une perforation gastrique ou duodénale, on explore d'abord l'appareil génital.

Dans le pelvis l'utérus apparaît très congestionné. Les trompes tuméfiées sont rouge violacé. L'expression fait soudre par le pavillon une goutte de pus qu'on prélève pour l'examen. A n'en pas douter, c'est là l'origine de la péritonite. Les deux trompes étant également infectées, on fait une salpingectomie bilatérale et, pour lutter plus directement contre l'iléus paralytique, par une petite incision complémentaire de la fosse iliaque droite, on extériorise l'appendice qu'on resèque à peu près en totalité, ne gardant qu'un petit manchon qui sert à fixer le cœcum à la paroi et à mettre une sonde dans l'intestin.

Fermeture du péritoine et de la paroi musculaire. La peau n'est pas suturée. L'examen du pus fait par M. Rousset, montre qu'il existe de nombreux gonocoques associés à des colibacilles, à des diplocoques et à des bacilles gardant le gram. A la culture, le gonocoque a poussé abondamment.

Enfin, l'examen histologique, fait par M. J.-F. Martin a montré que toute la paroi tubaire est infiltrée de polynucléaires, depuis la muqueuse jusqu'à la sous-séreuse. En certains points, dans la profondeur, loin de la muqueuse par conséquent, on retrouve sur les coupes des microbes groupés en amas, qu'on n'a pas cherché à identifier.

L'intervention terminée, on installe un goutte à goutte de sérum par la sonde rectale. Pendant 48 heures la situation reste excessivement grave. Faciès infecté; pouls à 130; hoquet, etc. La température reste à 39°-39°5. La malade présente maintenant des signes évidents de vulvo-vaginite blennorragique avec un écoulement abondant.

En plus du sérum, on fait tous les jours une injection intraveineuse d'uroformine à 20 %. Au quatrième jour, la détente se produit. Au huitième jour, on enlève la sonde; la fistule cœcale se ferme ensuite spontanément.

Le 9 juin dernier, la plaie abdominale qui n'avait pas été suturée, ne présentant plus aucune suppuration, on fait, sous-anesthésie, la suture secondaire de ses bords. Guérison.

OBSERVATON IV (Soupault).

Mlle Loi... Germaine, 25 ans.

Antécédents. - Père et deux frères morts de bacillose pulmonaire. Personnellement, abcès amygdalien à plusieurs reprises. Premières règles à 17 ans; depuis, règles abondantes (huit jours), tous les 28 jours, douloureuses pendant 2 jours.

Une grossesse à 20 ans, couches normales; curettage il y a deux ans à la suite d'une métrorragie. Pas de pertes blanches.

Histoire de la maladie. — En janvier 1922, nouvelle métrorragie, à la suite de laquelle apparaissait des pertes jaunes très abondantes qui durent une semaine.

En février, règles normales. En mars, règles plus courtes (trois jours). Le 17 mars, la malade ressent de vives douleurs dans la partie droite de l'abdomen, irradiées vers la cuisse et le genou droit. Le 19 mars apparaissent des vomissements bilieux coïncidant avec une aggravation des douleurs qui obligent la malade à s'aliter.

Le 20 mars même état, vomissements, arrêt des gaz, douleurs localisées au flanc et à la fosse iliaque droite. La malade entre à Lariboisière.

Examen le 20 mars, à 22 heures. — Faciès normal. Température à 38°. Pouls, 118. Respiration superficielle. Vomissements.

Au palper, douleur et défense au niveau de la fosse iliaque droite. Le toucher montre un utérus normal, un cul de sac droit douloureux, mais ne décèle aucune tumeur annexielle.

Diagnostic porté : Péritonite à point de départ probablement appendiculaire.

Opération le 20 mars (Soupault; aide : Boulanger-Pilet). Rachi-anesthésie : scurocaïne (0 gr. 10).

Incision de Mac Burney. Anses intestinales rouges, dépolies avec quelques fausses membranes, mais pas de liquide dans la grande cavité. Appendice libre, non perforé. Appendicectomie.

On examine la trompe d'où sourd par l'ostium du pus dont l'écoulement augmente par pression du pavillon.

Résection des annexes. Drain dans le Douglas. Paroi en trois plans au gatgut.

Suites opératoires. — Ablation du drain le deuxième jour. Suppuration parietale qui guérit sans incidents. L'examen direct de la culture du pus a décelé du gonocque.

OBSERVATION V (Bizard et Malatray).

C... Berthe, 22 ans, est admise d'urgence à 'hopital Saint-Sauveur le 28 décembre 1931, pour un syndrome adbominal aigu. Le début de son affection a été particulièrement brutal : il a débuté 8 heures avant son entrée, sans aucun signe prémonitoire, par une violente douleur dans la fosse iliaque droite, s'accompagnant de vomissements et d'arrêt des matières et des gaz. Cette femme n'a jamais été malade; elle est mariée; ses règles sont normales; elle se plaint seulement d'avoir depuis deux ans des pertes blanches très abondantes.

Au moment de l'examen, la violente douleur du début s'est atténuée, il n'existe plus qu'une douleur abdominale diffuse sans localisation précise; la malade vomit; il y a arrêt complet des matières et des gaz. Il y a de la dysurie avec de la pollakiurie.

En plus de l'hyperesthésie cutanée très nette l'abdomen ne respire pas, il existe une contracture abdominale généralisée réalisant un véritable ventre de bois avec légère prédominance de la contracture dans la région sous-ombilicale.

Il n'y a pas de disparition de la matité hépatique; il n'y a pas de matité dans les flancs.

Le toucher vaginal permet de constater que l'utérus est légèrement fixé, sa mobilisation est très douloureuse. Le Douglas est très sensible et tendu.

L'état général est grave; le faciès est péritonéal, la température à 39°5, le pouls à 110.

Devant ce tableau de péritonite généralisée, on décide d'intervenir.

Intervention le 28 décembre 1931, sous anesthésie générale.

Laparotomie médiane sous ombrilicale. Dès l'ouverture du péritoine, on constate que l'intestin grêle est rouge, violacé, distendu; il n'y a pas de liquide épanché dans l'abdomen. L'appendice est sain. Aucune lésion vésiculaire, gastrique ou duodénale. L'utérus, de volume normal est très congestionné. Les annexes sont augmentées de volume, les trompes sont violacées, surtout à droite, et du pus s'en écoule par le pavillon.

On pratique une hystérectomie subtotale, et la paroi abdominale est refermée en laissant un sac de Mickuliez dans le Douglas.

Le lendemain de l'intervention, la température tombe à 37°, l'état général est très amélioré.

L'examen du pus prélevé au niveau des trompes met en évidence du gonocoque pur.

Le 2 janvier, le sac de Mikulicz est enlevé et la malade sort complètement guérie le 26 janvier 1932

OBSERVATION VI (Picqué)

P. Nélie, 24 ans, Sans profession. Entrée ce 23 avril 1906, salle Chassagnac, Hôpital Bichat.

Réglée à 12 ans, elle a eu un enfant à 21 ans. Depuis elle a des pertes blanches continuelles, tachant son linge d'une série de teintes passant du jaune au marron. Elle n'a jamais souffert du ventre et elle a toujours été d'une santé parfaite. Dans la nuit du 22 avril, elle a été prise brusquement d'une violente douleur qu'elle a comparé immédiatement à un coup de couteau. Instantanémant la douleur s'est généralisé à tout l'abdomen, la partie supérieure des cuisses et même des reins. En même temps, elle a des vomissements alimentaires au début puis bientot porracés. Elle vomit toute la nuit et à chaque effort ses douleurs deviennent plus intolérables dans son ventre qui se ballonne. Le frisson et la dyspnée font leur apparition et tous ces symptômes alarmants la font conduire d'urgence à l'hôpital. Elle est immédiatement montée dans la

salle où nous l'examinons. Ce qui domine chez elle, c'est la douleur. Elle rejette la couverture du brancard qui exaspère sa souffrance abdominale. Le moindre mouvement, la moin-palpation est impossible; d'autant plus que la défense musculaire est très grande. Avant d'endormir notre malade, nous examinons ses organes génitaux externes. Ils ne présentent rien de particulier si ce n'est un léger écoulement verdâtre. Après l'anesthésie, le toucher ne donne aucun renseignement précis, l'utérus est mobile, les culs de sac sont libres, rien du côté de l'appendice. On porte le diagnostic de péritonite généralisée d'origine inconnue.

Température 38°,6. Pouls, 124.

Profitant de l'anesthésie, on intervient immédiatement. Incision sous ombilicale. On trouve l'utérus et les annexes libres de toute adhérence. Les trompes sont rouges, turgescentes, les pavillons sont largement étalés et au centre on constate une grosse goutte de pus. En faisant une légère pression sur ces trompes ou simplement en relevant l'utérus pour placer une compresse, on fait couler le pus par les deux pavillons qui ont ainsi aspergé le péritoine. Celui-ci d'ailleurs en est absolument recouvert et cela donne l'aspect de taches de bougie.

L'hystérectomie subtotale avec ablation des annexes est pratiquée. Drainage ordinaire par tube et Mikulicz. Suture en deux plans.

La guérison se produit dans le temps normal sans complications et la malade sort de l'hôpital le 22 mai 1906.

La pièce envoyée au laboratoire pour être examinée au point de vue bactériologique donne des résultats intéressants. Ce pus est un pus gonococcique pur sans aucune association microbienne. Les amas de diplocoques, vus au microscope, présentent toutes les réactions caractéristiques du gonocoque.

OBSERVATION VII (Albrecht).

F... J., 18 ans, vendeuse, reçue à l'hôpital le 3 juin 1912, nullipare. Dernière menstruation le 30 mai 1912. Au moment de son entrée à l'hôpital, légère hémorragie.

La maladie débuta le 2 juin 1912 par des douleurs abdominales, surtout en bas et à gauche. Douleur à la miction, vomissements. Fièvre à 39°. Comme les douleurs augmentaient pendant la nuit, et que la malade vomissait tout, elle a été admise à l'hôpital avec le diagnostic de perforation appendiculire.

Etat à l'entrée : personne en bon état, pas de faciès abdominal, langue chargée mais humide, mains chaudes non cyanosées, pouls 96.

La palpation de l'abdomen montre que l'épigastre et le mésogastre sont souples, non ballonnés. A l'hypogastre des deux côtés douleur à la pression et légère défense musculaire. La percussion montre de la sonorité dans la partie déclive : on ne trouve pas de liquide libre.

L'inspection de la vulve montre un fort et récent eczéma intertrigineux, des glaires dans le vestibule avec des signes d'une infection blennorragique aiguë. Du pus s'écoule de l'urètre à la pression : nombreux gonocoques.

L'examen gynécologique montre un utérus retroversé légèrement augmenté de volume, extrêmement sensible à la pression. A côté et derrière l'utérus, pas de tumeur, et aucune masse ne pouvant être délimitée. Température 37°9; pouls 96. Les considérations précédentes nous amènent à porter le diagnostic de pelvi-péritonite gonococcique.

Le traitement consista en position de Fowler, deux ballons de glace sur l'hypogastre et diète hydrique. Dans les quatre heures suivantes, diminution des vomissements et des douleurs; pendant l'après-midi, les vomissements redevinrent plus fréquents, les douleurs s'intensifièrent d'heure en heure. De plus, la malade devient agitée.

Lorsque je revis la malade à 4 heures de l'après-midi, la situation avait notablement changé. Température 38°8. Pouls 130. Les mains montraient une légère coloration livide aux extrémités; regard anxieux; pas de faciès abdominal. Par contre, la langue était tout à fait sèche. Vomissements continuels de liquide séreux.

Le ventre était plus ballonné que le matin. Disparition totale de la respiration abdominale. La plus légère pression sur

l'abdomen était extrêmement douloureuse et il existait surtout sur la partie inférieure une résistance de bois. Il n'était plus possible de localiser la douleur. Des deux côtés dans les parties déclives, il existait une large matité et de même dans l'hypogastre droit. Diagnostic par conséquent non douteux de péritonite diffuse, que j'ai cru pouvoir rapporter à une perforation de l'appendice. J'ai pensé que la laparotomie était nécessaire.

Opération. Anesthésie : éther-chloroforme. Incision sous-ombilicale : immédiatement il s'écoule du pus jaune gris en abondance. Les anses grêles sont recouvertes de plaques fibrineuses. De même le péritoine parietal en avant et sur les côtés et le grand épiploon sont très hyperémiés. De tous les côtés s'écoule du pus à la pression. La recherche des organes abdominaux montre tout le péritoine du bassin enflammé au plus haut degré avec de légères plaques fibrineuses. Les deux trompes sont libres sur tout leur parcours, augmentées de voume; par leur orifice abdominal, ouvert des deux côtés, il s'écoule du pus. Utérus rétroversé reposant sur le promontoire. Pas de pus dans le Douglas. L'examen extemporané du pus montre une culture pure de gonocoques. On enlève le pus et la cavité abdominale est fermée par plans.

Après l'opération physostigmine sous-cutanée, 2 mmgr.

Le matin suivant, la situation est complètement changée. La malade se trouve bien; température 36°; pouls à 110, et dans l'évolution ultérieure, la guérison a été normale. Le deuxième jour après l'opération, ventre complètement indolore, sauf au niveau de l'incision.

L'examen du pus montre des diplocoques intra-cellulaires; gram négatif. Pas d'autres germes. Dans l'endothélium péritonéal, on trouve des diplocoques intra-cellulaires.

La culture sur agar-sanguin de Pfeiffer montra qu'on se trouvait en présence de germes aérobies : culture pure de gonocoques.

OBSERVATION VIII (Bertrand et Carcassonne).

Malade âgée de 23 ans, entre dans le service de M. le Docteur Cotte le 11 octobre 1926. Elle est envoyée pour syndrôme abdominal aigu avec température, vomissements, contracture abdominale, diarrhée et douleur dans la fosse iliaque droite.

Des pertes blanches abondantes et continuelles tachent le linge de la malade. *Il n'y a pas de troubes urinaires.* Parfois à la miction légère douleur durant la période des règles.

Il y a dix jours, la malade se plaint de céphalées violentes et le lendemain apparaissent des douleurs abdominales dans toute la région hypogastrique. Elles sont calmées par des applications chaudes. Le lendemain, nouvelle, poussée douloureuse généralisée à tout le ventre avec respiration accélérée et courte, les selles sont normales. La malade ne vomit pas. Le lendemain, les vomissements apparaissent avec la diarrhée. L'abdomen est météorisé, les douleurs persistent.

A l'entrée, la température est à 38°, le pouls bat à 100. A l'examen, l'abdomen respire mal. Il est douloureux dans toute la région sous-ombilicale avec prédominance très nette à droite. A ce niveau, un peu de défense de la paroi qui correspond au point douloureux situé un peu bas dans la fosse iliaque. Le toucher vaginal est négatif.

On décide d'intervenir avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Intervention le 11 octobre 1926 (Bertrand). Rachi-anesthésie. Incison de Mac Burney : appendice rouge, très vascularisé, n'expliquant pas à lui tout seul les symptômes présentés par la malade. Appendicectomie. Enfouissement. En attirant l'épiploon on voit soudre du pus du fond du pelvis : pus sans odeur qui n'est pas d'origine gastrique. Fermeture de la paroi.

2° Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les anses grêles sont très rouges et tout le péritoine pelvien est le siège d'inflammation intense. On reconnaît rapidement qu'il s'agit d'une salpingite aiguë bilatérale avec pavillon ouvert. : le pus sourd par le pavillon de la trompe. Les deux trompes ne

sont pas augmentées de volume. On se contente de faire un drainage sus-pubien avec un drain entouré de deux mèches plongeant dans le Douglas.

La peau est laissée ouverte.

Le 23 octobre 1926, suites opératoires simples.

Le 12 novembre 1926 : La paroi est à peu près cicatrisée. Le toucher vaginal montre un utérus en bonne position, un peu gros. On perçoit nettement les annexes gauches qui sont plaquées contre la face latérale gauche du corps utérin. On ne sent rien à droite. L'examen du pus abdominal a montré la présence de gonocoques.

La malade sort du service le 17 décembre 1926.

OBSERVATION IX (Bertrand et Carcassonne).

Une jeune fille de 17 ans, hospitalisée à l'Antiquaille, dans le service du Professeur Nicolas, pour une blennorragie aiguë, est prise subitement d'une douleur brusque et atroce au niveau de l'hypogastre. Cette douleur se généralise à tout l'abdomen qui est contracturé. La température est à 39°, le pouls à 120. Le docteur Lacassagne, chef de clinique du Professeur Nicolas, pense à la possibilité d'une perforation gastrique.

Nous sommes appelés à voir cette malade comme chirurgien de garde. Elle présente l'aspect typique d'un syndrôme péritonéal aigu, mais instruit par les cas que nous avons observés et devant l'existence d'une blennorragie encore en évolution, nous faisons el diagnostic de péritonite généralisée à gonocoques; le toucher vaginal ne révèle rien autre qu'une sensibilité peut-être exagérée du Douglas.

Malgré que ce diagnostic ait été fait, nous sommes intervenus, sur les indications de M. le Docteur Chalier.

Intervention (Bertrand). Sous-anesthésie générale à l'éther, laparotomie sous-ombilicale médiane. La cavité péritonéale est pleine d'un pus jaunâtre : les anses grêles sont agglutinées. Les trompes utérines dont les pavillons sont ouverts et très vascularisés laissent sourdre du pus de même qualité que celui que renferme la grande cavité péritonéale. On étale

un Mikulicz en arrière de l'utérus et des annexes. La paroi est partiellement fermée. Les suites opératoires ont été très simples.

La malade a parfaitement guéri en un mois.

L'examen du pus a montré qu'il s'agissait bien d'une péritonite à gonocoques.

OBSERVATION X (Chalier)

Il s'agit d'une jeune femme de 24 ans, hospitalisée dans un service de chirurgie générale pour phénomènes abdominaux douloureux.

Début brusque dans la nuit du 15 au 16 juillet par une douleur surtout épigastrique. Nausées, pas de vomissements. Température à 40°. Pouls à 100.

La palpation de l'abdomen est uniformément douloureuse. Pas de contracture vraie.

Malgré la glace et le repos au lit, les phénomènes douloureux ne cèdent pas. La malade se plaint de céphalées violentes, elle a une épistaxis. On pense à la possibilité d'une fièvre typhoïde et la malade est amenée dans le service des contagieux du Docteur Chalier.

Là, pour la première fois, vomissements. Selles diarrhéiques, mais pas de signes précis de typhoïde; l'hémoculture et le séro-diagnostic sont négatifs.

Devant la persistance des symptômes abdominaux, le Docteur J. Chalier pense à la possibilté d'une péritonite purulente et adresse d'urgence la malade au service de chirurgie de garde.

L'intervention pratiquée immédiatement montre l'existence d'une péritonite généralisée. Mikulicz.

Décès 12 heures après l'opération.

L'examen du pus prélevé au cours de la laparotomie et l'autopsie ont montré qu'il s'agissait d'une péritonite à gonocoques.

OBSERVATION XI (Nasta et Blasian).

Jeune fille de 16 ans, mariée depuis dix jours. Début des accidents il y a trois jours par des troubles vagues et de légères douleurs abdominales, plus marquées dans la fosse iliaque droite, que la malade attribue à ses règles qu'elle attend. Mais ces accidents s'aggravent, les douleurs deviennent insupportables et la malade doit entrer à la clinique.

Pas de fièvre, mais tous les signes d'une péritonite aiguë. Au toucher, utérus normal, fosse iliaque droite un peu empâtée; rien ailleurs.

On hésite entre péritonite appendiculaire et grossesse extra-utérine droite rompue. En tout cas une intervention s'impose.

Laparotomie. Les anses intestinales météorisées sont recouvertes du même exsudat que dans le cas précédent. On se porte vers les organes génitaux et on trouve des trompes turgescentes, dures, et d'où la pression fait sourdre du pus par l'ostium abdominal. L'ovaire droit est kystique : entre l'ovaire et la trompe gauche, un abcès commence à se collecter, limité par des fausses membranes. Ovario salpingectomie droite; l'ovaire et la trompe gauches sont placés dans le Douglas et, par deux points de suture, on fixe le colon pelvien par dessus eux pour les isoler du reste de la cavité. Suture de la paroi avec drainage par deux mèches. Guérison en 29 jours.

L'ensemencement des organes enlevés n'a pas donné de cultures, mais il ne fut fait qu'au bout de 48 heures. Au contraire, l'examen des frottis y a révélé de nombreux gonocoques. D'ailleurs le mari était atteint de goutte matinale et de prostatie chronique.

OBSERVATION XII (Nasta et Blasian).

Femme de 23 ans. Nie toute maladie contagieuse, toute infection génitale; pas de fausse couche.

Le 29 octobre, sans cause apparente, elle est prise de douleurs abdominales généralisées qu'elle attribue à ses règles qui sont à leur fin. Mais les signes de péritonite généralisée vont en s'accentuant et elle entre dans le service de N.. avec le diagnostic de péritonite généralisée par perforation appendiculaire dont elle présente le tableau complet (31 octobre).

Intervention : laparotomie latérale droite; issue d'un flot de pus jaunâtre, visqueux, inodore, qui remplit l'abdomen, sans tendance à la limitation. L'appendice est sain, mais les trompes, particulièrement la droite, sont turgides et laissent écouler du pus par leur orifice abdominal.

Drainage avec un Mikulicz.

Guérison en 45 jours.

L'examen du pus a révélé du gonocoque en culture pure.

OBSERVATION XIII (Hamant et Chalnot).

On amène d'urgence à l'hôpital le 15 février 1932, à 1 heure du matin, une jeune fille de 15 ans 1/2 qui après avoir passé sa soirée au bal, fut prise brusquement de vives douleurs abdominales avec vomissements répétés. Un médecin appelé d'urgence pose le diagnostic d'appendicite et envoie de suite la malade au service. On trouve le ventre contracturé, la température à 40°, le pouls petit et rapide.

L'examen génital montre un utérus mobile et non spécialement douloureux. Bien que les règles se soient terminées récemment on peut éliminer l'appendicite. L'intervention montre du pus libre dans la cavité abdominale, des anses rouges et distendues. L'appendice sain et excisé. Une pince en cœur ramène une trompe droite pleine de pus. On place un gros drain dans le Douglas et on ferme. La température se maintient deux jours à 39°. Sous l'influence de la glace et de la vaccination, la malade sort guérie de l'hôpital le quinzième jour.

OBSERVATION XIV (Escobar Pires).

Ce cas nous a été communiqué par le Docteur Ayres Netto, chef de service avec lequel nous travaillons dans sa clinique particulière à la Maternité. Il s'agit d'une femme en couches qui a eu un accouchement normal le matin. Elle commence pendant la nuit à ressentir de fortes douleurs abdominales. Le jour suivant les douleurs persistent, la fièvre s'élève et le ventre commence à se gonfler. Le troisième jour, son état s'aggrave, son faciès devient péritonéal, le pouls devient rapide, l'abdomen tendu et douloureux à la pression. On note de la défense musculaire.

A l'ouverture de l'abdomen, on constate un épanchement purulent. On recueille de ce liquide, on le porte au service du Docteur Ayres Netto, à Sta Casa. L'examen pratiqué montre qu'il existe une grande quantité de cocci ayant tous les caractères du gonocoque de Neisser. Le jour suivant, la malade est décédée.

OBSERVATION XV (Escobar Pires).

H... S., 27 ans, Brésilienne, non mariée, blanche, résidant à la capitale. Entre dans la clinique chirurgicale des femmes le 2 février 1928 en état de coma et nous sommes informés par la famille qu'il s'est produit dans les jours précédents un avortement. La malade se présence avec un faciès péritonéal typique, température à 39°, pouls petit battant à 140 pulsations par minute. Abdomen tendu avec une grande défense. Au toucher, col cylindro-cônique, mou, orifice de nullipare d'où s'écoule du sang. Utérus augmenté de volume, mobile, en antéflexion, de consistance molle. Annexes normales. Par la ponction on obtient un liquide fibrino-purulent dont l'examen direct montre qu'il s'agit de diplocoques gram négatif intra et extra-cellulaires ayant tous les caractères du gonocoque de Neisser, et on obtient des colonies caractéristiques par culture sur milieu agar-sang. On pratique une ouverture

et le drainage de la cavité abdominale. La malade meurt quelques heures après.

OBSERVATION XVI (Mereno Filho).

C... A., 32 ans, mariée, multipare, et actuellement accouchée depuis sept jours, nous fait appeler à son chevet pour de fortes douleurs dans la fosse iliaque droite le 16 novembre 1930.

La malade nous rapporte que son accouchement fut à peu près normal, à part une rupture du périnée. La malade a déjà trois enfants et a fait un avortement. Depuis l'époque de son mariage elle présente des pertes muco-purulentes qui augmente avant ses règles et qui sont accompagnées de coliques utérines parfois intenses. Elle a subi l'opération de l'appendicectomie trois mois, après sa dernière grossesse. Elle dit souffrir actuellement de diarrhée par suite d'une purge qui lui fut administrée le troisième jour après son accouchement.

L'examen montre un utérus normalement involué et non douloureux; écoulement lochial séro-sanguinolent. La température et le pouls sont normaux. La malade accuse de vives douleurs à la pression de la fosse iliaque droite en un point qui correspond à la cicatrice opératoire qu'elle porte (incision de Mac Burney). Nous pratiquons le toucher vaginal qui ne nous révèle rien de particulier.

Nous prescrivons des injections vaginales chaudes et répétées avec une canule de Leclerc. Boule d'eau chaude sur le ventre. Suppositoires de morphine et d'opium.

Deux jours après notre première visite, nous revoyons la malade. La température est à 38°5, le pouls à 100. Nous notons un empâtement dans la fosse iliaque droite se propageant vers la région médiane. Atonie intestinale complète. Nous prescrivons de continuer les injections d'eau chaude et nous conseillons de mettre de la glace sur le ventre. En plus injections intra-musculaires de septicémine. Malgré notre traitement, l'état de la malade empire: l'abdomen devient dur, tendu, douloureux à la pression, avec défense musculaire intestinale complète et facies péritonéal.

Le pouls étant à 120 et la température à 39°8, nous décidons d'intervenir.

Incision médiane sous-ombilicale. Une petite quantité de pus fait issue à l'extérieur. On trouve un exsudat fibrineux entre quelques anses intestinales et autour de l'utérus qui se trouve être petit et adhérent à la paroi.

On fait un grand lavage de la cavité abdominale à l'éther. Nous apercevons un pyosalpinx droit ayant des adhérences avec l'intestin. Suture de la paroi et mise en place de gros drains maintenus par des points dans la partie la plus déclive.

On note dans les suites opératoires un peu de fièvre : le fonctionnement intestinal ne redevient normal que le sixième jour.

Le pus prélevé pour examen bactériologique a révélé la présence de nombreux gonocoques et de quelques rares streptocoques.

Le drain est retiré le dixième jour et la malade entre définitivement en convalescence.

CONCLUSIONS

1° Il existe chez la femme adulte, en dehors des péritonites dues aux perforations du pyosalpinx, des péritonites généralisées d'origine gonococcique. Ce sont des cas très rares par rapport à la fréquence du gonocoque dans l'appareil génital et par rapport à la fréquence des autres péritonites d'origine génitale.

2° Ces péritonites sont anatomiquement caractérisées par des lésions surtout d'ordre congestif du péritoine et par une relative intégrité des trompes.

3° Elles sont le résultat d'une inoculation directe du péritoine par du pus à gonocoques déversé par l'ostium abdominale des trompes, mécanisme qui peut être favorisé par des circonstances physiologiques (règles, puerpueralité) et physiques (manœuvres intra-uterines).

4° Les symptômes sont avant tout ceux d'une péritonite généralisée, mais dans certains cas le mode d'apparition des accidents, certains symptômes particuliers peuvent permettre le diagnostic étiologique du syndrôme.

5° Le diagnostic différentiel est très difficile. L'erreur la plus fréquente consiste à croire le plus souvent à une péritonite d'origine appendiculaire.

6° Il existe un traitement médical et un traitement chirurgical de cette affection dont les indications respectives sont très difficiles à poser : la décision dépendra de l'étude attentive de chaque cas observé.

Le traitement médical peut assurer la guérison.

Le traitement chirurgical, souvent imposé par les circnstances, donne également de bons résultats; le drainage de la cavité pelvienne sans salpingectomie semble être l'opération de choix.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : Bon à imprimer.
Le Président,
J. GUYOT.

Vu: *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu et permis d'imprimer.
Bordeaux, le 4 Décembre 1937
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

ALBRECHT. — Die diffüse gonorroïsche Peritonitis. *Münchener medizinische Wochenschrift,* tome LIX, n° 42, 15 oct. 1912, p. 2268-2270.

BERTRAND et CARCASSONNE. — Les péritonites aiguës généralisées à gonocques. *Gynécologie et Obstétrique.* 1929. tome 19-20, page 371.

BIZARD et MALATRAY. — Péritonites gonococciques généralisées chez la femme. *Echo médical du Nord,* n° 4, 27 janvier 1935.

BLOCH et SOUPAULT. — Trois cas de péritonites aiguës d'origine utéro-annexielle. *Paris Médical,* 1923, tome 47-48,

CHARRIER. — Thèse Paris, 1892.
pages 183-185.

COTTE. — Péritonite aiguë gonococcique d'origine salpingienne. *Société de Chirurgie de Lyon,* 24 juin 1926. — *Lyon Chirurgical,* tome 23, 1926, pages 774-783.

ESCOBAR PIRES. — Péritonites gonococcicas generalizadas. *Revista de Gynecologia e Obstetricia,* août 1930, n° 8, pp. 317-321.

FAURE. (J.-L.). — Traité de Gynécologie, page 707.

FITZ HUGH. — *The Journal of American Medical Association* (Chicago), vol CII, 22 juin 1934, pages 2094-2096.

GRAPPIN. — Thèse de Paris, 1910.

HAMANT et CHALNOT. — Les péritonites généralisées à gonocoques. Réunion obstétricale et gynécologique de Nancy, séance du 20 avril 1932, in *Bulletin de la Société d'Obstétrique*, tome XXI, oct. 1932, pp. 580-582.

IVANOV. — De l'infection blennorragique ascendante de la femme par les voies paragénitales. *Gynécologie et Obstétrique*, tome 23, 1931, page 216.

LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, tome III, page 564.

LECLÈRE. — Thèse Marseille, 1936.

MERENO FILHO. — Peritonites gonococcinas generalizadas. *Revista de Gynecologia e Obstetricia*, octobre 1930, n° 8, page 429.

MONDOR. — Diagnostics urgents. Abdomen. - Pages 37-380.

NASTA et BLASIAN. — Péritonite gonococcique généralisée. *Gynécologia si Obstétrica*, tome VII, n° 1, juin 1930, pages 4-8, in *Journal de Chirurgie*, tome XXXVI, p. 785.

SPINELLI. — *Rivista di Chirurgia* (Naples), an. 2, n° 9, sept. 1936.

VEIT. — Du traitement opératoire de la péritonite septique et de la péritonite gonococcique. *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäcologie*, tome XXXVI, sept. 1912, pp. 82-90, in *Journal de Chirurgie*, tome IX, page 610.

Imprimerie BRUSAU FRÈRES, 143, Rue d'Arès, Bordeaux